

Marta Maria Gonçalves Rosa

RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: A PESSOA IDOSA EM CONTEXTOS DA RNCCI

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
da Universidade do Porto

Orientador - Professor Doutor José Amendoeira
Categoria – Professor Coordenador
Afiliação - Escola Superior de Saúde de
Santarém – Instituto Politécnico de Santarém
Coorientadora – Professora Doutora Maria
Manuela Martins
Categoria – Professora Coordenadora
Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto

A todos os clientes das Unidades de Cuidados Continuados.

*É a pensar neles e nos cuidados que recebem e que necessitam que
desenvolvemos este trabalho.*

Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo não teria sido possível sem o apoio e a colaboração de diversas pessoas e instituições às quais expresso os meus sinceros agradecimentos.

Ao Professor Doutor José Amendoeira, orientador da tese, pela sua mestria técnica e científica e pela excelente coordenação da sua disponibilidade, amizade e presença na exigência de cada etapa na realização do trabalho. Agradeço a confiança e o estímulo encorajador que me foi dando ao longo do meu percurso.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, coorientadora da tese, pela colaboração e sabedoria de que pude usufruir em momentos cruciais do desenvolvimento do trabalho.

À Professora Doutora M^a Regina Ferreira pelo incentivo, partilha e colaboração na análise estatística dos dados.

À Escola Superior de Saúde de Santarém, pela disponibilidade de tempo para a realização do estudo e a todos os colegas pelo esforço empreendido para que isso fosse possível.

Às Unidades de Cuidados Continuados que prontamente se disponibilizaram a participar neste trabalho e permitiram a concretização deste projeto bem como aos enfermeiros que nele participaram de forma entusiasta.

À colega e amiga Celeste Godinho pela referência que é para mim nesta área dos Cuidados Continuados, por me incentivar todos os dias e acreditar na realização deste trabalho

Aos colegas Mário, Alcinda, Ana, Isabel e Fátima agradeço o apoio e reforço positivo demonstrado a par e passo com o percurso desenvolvido.

Aos meus amigos e família, pelo apoio, pela força e pela paciência ao longo deste percurso.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: no atual contexto de cuidados inerentes à pessoa idosa, diversos fatores têm apontado para a emergência dos cuidados continuados integrados como “novos” desafios.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas nas unidades de cuidados continuados, como resposta às necessidades das pessoas aí internadas, necessitam de ser alvo de avaliação, considerando-se imperiosa a definição de indicadores, sensíveis às intervenções de enfermagem.

O *Nursing Role Effectiveness Model* que analisa a relação entre variáveis de estrutura, de processo e de resultado constitui-se como modelo de pesquisa suportando conceitualmente o estudo desenvolvido, com a integração da Teoria do Deficit de Autocuidado e da Teoria das Transições, considerando a pessoa idosa enquanto agente de autocuidado, que adota comportamentos de autocuidado nos processos de transição experienciados.

Objetivos: identificar o potencial das intervenções de enfermagem prestadas em contextos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, como resposta às necessidades da pessoa idosa e sistematizar indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem à pessoa idosa neste mesmo contexto.

Metodologia: desenho de estudo misto com estratégia exploratória sequencial, onde a recolha e análise de dados de carácter qualitativo (primeiro estudo) precede a colheita e análise de dados de carácter quantitativo (segundo estudo), este com índole descritivo-correlacional, visando descrever fenómenos e posteriormente identificar e explorar possíveis relações entre as variáveis.

No primeiro estudo identificámos as intervenções de enfermagem mais frequentemente desenvolvidas por tipologia de internamento na perspetiva dos enfermeiros coordenadores das unidades e no segundo estudo obtivemos a perceção dos enfermeiros acerca da identificação de indicadores de resultado sensíveis às intervenções de enfermagem. Neste desenvolvimento recorreremos às técnicas de *focus group* e de questionário. Construímos a escala de *Indicadores*

para Resultados Sensíveis em Enfermagem – IRSE constituída por três subescalas interrelacionadas: *Conceção de enfermagem*; *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados*; a IRSE constituiu-se como o instrumento de colheita de dados no segundo estudo de natureza quantitativa. O tratamento e análise dos dados foi realizado com recurso à estatística descritiva, correlacional e inferencial.

Resultados: a relação entre indicadores de estrutura, processo e resultado, na perspetiva dos enfermeiros nos contextos de cuidados em estudo, permite a confirmação estatística das hipóteses teóricas fazendo emergir a correlação entre variáveis. Os modelos de hipóteses permitiram identificar indicadores de resultados empíricos, que se agrupam em três categorias: os que evidenciam a estrutura (*Conceção de enfermagem*), os que refletem o processo (*Processo de interação nos autocuidados*) e os que traduzem os resultados (*Avaliação de resultados*).

Conclusão: as intervenções de enfermagem desenvolvidas tendo em conta as diferentes dimensões do modelo proposto, evidenciam a intervenção autónoma do enfermeiro, permitindo-nos compreender a obtenção de resultados sensíveis partindo de indicadores para os quais foram construídas fórmulas, passíveis de apoiar a tomada de decisão clínica em enfermagem.

Palavras-chave: Indicadores de resultados; Continuidade de cuidados; Intervenção de enfermagem; Resultados; Pessoa idosa.

ABSTRACT

Introduction: in the current context of elderly care, several factors have pointed to the emergence of integrated continuous care as "new" challenges.

Nursing interventions carried out to patients in the continuous care units, as a response to the needs of those patients, need to be evaluated, and it is imperative to define indicators that are sensitive to nursing interventions.

The Nursing Role Effectiveness Model, which analyzes the relationship between structure, process and outcome variables, constituted as a research model and as a conceptual support for the study developed, with the integration of Self-care Deficit Theory and Transitions Theory, considering the elderly as a self-care agent, adopting self-care behaviors during the experienced transition processes.

Objectives: to identify the potential of nursing interventions provided in the context of the National Network of Integrated Continuous Care, as a response to the needs of the elderly, and to systematize indicators of health gains resulting from nursing interventions to the elderly in this context.

Methodology: mixed study design with sequential exploratory strategy, where the collection and analysis of qualitative data (first study) precedes the collection and analysis of quantitative data (second study), with a descriptive-correlational nature, aiming at describing phenomena and later identifying and exploring possible relationships between the variables.

In the first one we identified the nursing interventions most frequently developed by type of health care unit from the perspective of the coordinating nurses of the units and in the second study we obtained the nurses' perception about the identification of outcome indicators sensitive to nursing interventions. In this development we used *focus group* and questionnaire as techniques. We built the scale of *Indicators for Sensitive Results in Nursing* - IRSE constituted by three interrelated subscales: *Nursing conception*; *Process of interaction in self-care* and *Evaluation of results*; The IRSE constituted itself as the instrument of data collection in the second study,

(quantitative). Data analysis and treatment was performed using descriptive, correlational and inferential statistics.

Results: the relationship between structure, process and outcome indicators, from the perspectives of nurses in the contexts of care under study, allow us the statistical confirmation of the theoretical hypotheses prompted the emergence of the correlation between variables. The hypothesis models allowed us to identify indicators of empirical results that are grouped into three categories: those that evidence the structure (*Nursing conception*), those that reflect the process (*Process of interaction in self-care*) and those that translate the results (*Evaluation of results*).

Conclusion: the nursing interventions performed takes into account the different dimensions of the proposed model, highlight the autonomous intervention of the nurse, allowing us to understand the achievement of sensitive results from indicators for which were built formulas that could support clinical decision making in nursing.

Keywords: Outcome indicators; Continuity of care; Nursing intervention; Results; Elderly.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse
CIPE® – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém
ICD - Instrumento de Colheita de Dados
MRLM – Modelo de Regressão Linear Múltiplo
MRLS – Modelo de Regressão Linear Simples
NREM – Nursing Role Effectiveness Model
NIC – Nursing Interventions Classification
NOC - Nursing Outcomes Classification
NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
PII – Plano individual de intervenção
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UC – Unidade de Convalescença
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação
UMIS – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde
UPP – Úlcera por pressão

ÍNDICE

	Pág.
0 - INTRODUÇÃO	25
PARTE I	29
1 – CUIDADOS A IDOSOS EM CONTEXTOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	29
2 – DA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO À TEORIA DAS TRANSIÇÕES: EM TORNO DO METAPARADIGMA EM ENFERMAGEM	37
2.1 – DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO À TRANSIÇÃO – UM PERCURSO PARA A EFETIVIDADE	38
PARTE II	49
3 – METODOLOGIA	49
3.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO	52
3.2 - MODELO DE PESQUISA.....	56
3.2.1 - Definição de hipóteses.....	61
3.3 - ESTRUTURA DE PESQUISA	62
3.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	64
3.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	65
PARTE III	69
4 - ESTUDO 1 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	69
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS	71

4.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDAS -----	73
4.2.1 – O processo de construção do instrumento de colheita de dados-----	78
5 – ESTUDO 2 – INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS-----	87
5.1 - ESTRUTURAÇÃO CONCEPTUAL DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS-----	87
5.1.1 - Estudo preliminar -----	91
5.2 – COLHEITA DE DADOS COM RECURSO À ESCALA DE INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM (IRSE) -----	93
5.3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – ESCALA DE INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM (IRSE) -----	94
5.3.1 – Caracterização socioprofissional dos participantes -----	94
5.3.2 – Características métricas dos resultados – questões fechadas -----	96
5.3.3 - Construção de significados a partir dos sentidos expressos pelos enfermeiros -----	126
5.4 - TESTE DE HIPÓTESES-----	135
PARTE IV-----	163
6 - INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS -----	163
7 - PROPOSTA DE MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS – O CASO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO -----	169
8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO-----	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	185
ANEXOS-----	195

ANEXO 1 - Autorização para realização do estudo – ex-coordenadora nacional da RNCCI -----	196
ANEXO 2 – Perfil biopsicossocial dos clientes-----	198
ANEXO 3 – Autorizações para realização do estudo nas unidades-----	200
ANEXO 4 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto -----	209
ANEXO 5 – Consentimento informado - Questionário-----	211
ANEXO 6 – Questionário aos Enfermeiros Coordenadores das Unidades em estudo-----	215
ANEXO 7 – Relação das intervenções de enfermagem NIC - CIPE®-----	221
ANEXO 8 – Guião orientador da sessão de <i>Focus group</i> -----	223
ANEXO 9 – Consentimento informado – <i>Focus group</i> -----	229
ANEXO 10 – Sentidos atribuídos – Expressões/ Palavras agregadoras -----	233
ANEXO 11 – Questionário-----	235
ANEXO 12 – Não respostas – Estudo preliminar -----	248
ANEXOS 13 – Consistência interna e homogeneidade itens da Subescala: <i>Processo de interação nos autocuidados</i> -----	256
ANEXO 14 – Teste <i>t</i> para amostras independentes-----	263
ANEXO 15 – Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem -----	267
ANEXO 16 – Fórmulas dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem -----	269

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Número de lugares existentes na RNCCI, por região de saúde e tipologia	30
Quadro 2 - Taxa de ocupação na RNCCI por região de saúde e tipologia.....	31
Quadro 3 – Movimento assistencial dos clientes na RNCCI, por região de saúde (janeiro a setembro 2015)	31
Quadro 4– Variáveis estruturais em estudo.....	53
Quadro 5- Variáveis de processo em estudo.....	54
Quadro 6- Variáveis de resultado em estudo	55
Quadro 7 - Operacionalização das variáveis em estudo	56
Quadro 8– Valores de KMO	66
Quadro 9 – Integração das intervenções de enfermagem identificadas segundo os domínios da NIC.....	77
Quadro 10 – Teste KMO e TEB por Subescala.....	97
Quadro 11 – Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Subescala Conceção de enfermagem.....	101
Quadro 12– Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Subescala Avaliação de resultados.....	115
Quadro 13 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e todas as Subescalas.....	121
Quadro 14 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala Conceção de enfermagem.....	122
Quadro 15 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala Processo de interação nos autocuidados	123
Quadro 16 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala Avaliação de resultados.....	123
Quadro 17 - Teste t - Subescala Conceção de enfermagem.....	125
Quadro 18 - Teste t - Subescala Processo de interação nos autocuidados	125
Quadro 19 - Teste t - Subescala Avaliação de resultados.....	126

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1– Matriz enquadradora da Teoria das transições e da Teoria do Autocuidado	44
Figura 2– Modelo de efetividade do papel da enfermagem	46
Figura 3– Modelo de Avaliação da qualidade dos cuidados	47
Figura 4– Estratégia de investigação – exploratória sequencial.....	50
Figura 5 – Modelo de pesquisa do estudo	59
Figura 6 - Fases do percurso investigativo.....	63
Figura 7 - “Constelação de atributos” – palavras plenas/ agregadoras	84
Figura 8 – A mediação do processo de enfermagem entre a teoria e a prática ...	85
Figura 9 – Estrutura do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros	90
Figura 10- Hipóteses centradas na <i>Avaliação de resultados</i>	141
Figura 11 – Hipóteses centradas no <i>Processo de interação nos autocuidados</i> .	149
Figura 12 – Hipóteses centradas na <i>Conceção de enfermagem</i>	159
Figura 13 – Modelo da qualidade e efetividade de cuidados em contexto de RNCCI	171

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização socio profissional dos enfermeiros.....	72
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos enfermeiros participantes	95
Tabela 3 – Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	99
Tabela 4 - Medidas de tendência central e de dispersão - fatores da Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	102
Tabela 5 – Coeficiente de correlação intraclasse – itens dos fatores Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	102
Tabela 6 – Correlação entre os itens e fatores da Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	103
Tabela 7 – Correlação de Pearson entre os fatores da Subescala <i>Conceção de enfermagem</i> e a própria Subescala.....	104
Tabela 8 – Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	106
Tabela 9 - Medidas de tendência central e de dispersão - fatores da Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	109
Tabela 10 - Coeficiente de correlação intraclasse – itens dos fatores Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	110
Tabela 11 – Correlação entre os itens e fatores da Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	110
Tabela 12 - Correlação de Pearson entre os fatores da Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i> e ela própria.....	112
Tabela 13– Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	114
Tabela 14 - Medidas de tendência central e de dispersão da Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	116

Tabela 15 – Coeficiente de correlação intraclasse –fatores subescala <i>Avaliação de resultados</i>	116
Tabela 16– Correlação entre os itens e fatores da Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	117
Tabela 17 – Correlação entre os fatores da Subescala <i>Avaliação de resultados</i> e ela própria	117
Tabela 18 – Correlação entre subescalas e escala total.....	119
Tabela 19 – Correlação entre a Subescala <i>Conceção de enfermagem</i> e os fatores das Subescalas <i>Processo de interação nos autocuidados</i> e <i>Avaliação de resultados</i>	119
Tabela 20 – Correlação entre a Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i> e os fatores das subescalas <i>Conceção de enfermagem</i> e <i>Avaliação de resultados</i>	120
Tabela 21 – Correlação entre a Subescala <i>Avaliação de resultados</i> e os fatores das Subescalas <i>Conceção de enfermagem</i> e <i>Processo de Interação nos autocuidados</i>	120
Tabela 22 – Resultados da análise de regressão da <i>Conceção de enfermagem</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	137
Tabela 23 – Coeficientes relativos regressão da <i>Conceção de enfermagem</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	137
Tabela 24 – Resultados da análise de regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	138
Tabela 25 – Coeficientes relativos à regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	139
Tabela 26 – Variáveis inseridas/removidas na regressão da <i>Conceção de enfermagem</i> e <i>Processo de interação</i> nos autocuidados na <i>Avaliação de resultados</i>	140
Tabela 27 – Resultados da análise de regressão da <i>Conceção de enfermagem</i> e <i>Processo de interação nos autocuidados</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	140
Tabela 28 – Coeficientes relativos à regressão da <i>Conceção de enfermagem</i> e <i>Processo de interação nos autocuidados</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	141
Tabela 29 – Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados</i> na <i>Avaliação de resultados</i>	142

Tabela 30 – Resultados da análise de regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados na Avaliação de resultados</i>	143
Tabela 31– Coeficientes relativos à regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados na Avaliação de resultados</i>	143
Tabela 32 – Resultados da análise de regressão da <i>Conceção de enfermagem no Processo de interação nos autocuidados</i>	144
Tabela 33 – Coeficientes relativos à regressão da <i>Conceção de enfermagem no Processo de interação nos autocuidados</i>	145
Tabela 34 – Resultados da análise de regressão da <i>Avaliação da intervenção no Processo de interação nos autocuidados</i>	146
Tabela 35 – Coeficientes relativos à regressão da <i>Avaliação da intervenção no Processo de interação nos autocuidados</i>	146
Tabela 36 - Variáveis inseridas/removidas da regressão da <i>Conceção de enfermagem e Avaliação de resultados</i> no Processo de interação nos autocuidados	147
Tabela 37 – Resultados da análise de regressão da <i>Conceção de enfermagem e Avaliação de resultados</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	148
Tabela 38 –Coeficientes relativos à regressão da <i>Conceção de enfermagem e Avaliação de resultados</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	148
Tabela 39 - Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores da <i>Conceção de enfermagem</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	150
Tabela 40 – Resultados da análise de regressão dos fatores da <i>Conceção de enfermagem</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	151
Tabela 41 – Coeficientes relativos à regressão dos fatores da <i>Conceção de enfermagem</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	152
Tabela 42 - Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores da <i>Avaliação de resultados</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	153
Tabela 43 – Resultados da análise de regressão dos fatores da <i>Avaliação de resultados</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	153
Tabela 44– Coeficientes relativos regressão dos fatores da <i>Avaliação de resultados</i> no <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	154
Tabela 45- Resultados da análise de regressão da <i>Avaliação de resultados</i> na <i>Conceção de enfermagem</i>	155

Tabela 46 – Coeficientes relativos à regressão da <i>Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem</i>	155
Tabela 47- Resultados da análise de regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem</i>	156
Tabela 48 – Coeficientes relativos à regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem</i>	157
Tabela 49 - Variáveis inseridas/removidas da regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados e da Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem</i>	157
Tabela 50 – Resultados da análise de regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados e da Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem</i>	158
Tabela 51 – Coeficientes relativos à regressão do <i>Processo de interação nos autocuidados e da Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem</i>	158
Tabela 52- Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem</i>	160
Tabela 53 - Resultados da análise de regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem</i>	160
Tabela 54 –Coeficientes relativos à regressão dos fatores do <i>Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem</i>	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Distribuição das intervenções de enfermagem mais frequentes nas unidades em estudo	74
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros participantes por tipologia de cuidados	96
Gráfico 3 – Razão da avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro na unidade.....	128
Gráfico 4 – Razão da não realização da avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro na unidade	128
Gráfico 5 – Intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros das unidades	129
Gráfico 6 - Resultados de alta sensibilidade à intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado à pessoa em situação de dependência	131
Gráfico 7 - Resultados atribuíveis à intervenção específica do enfermeiro na preparação do regresso a casa	132
Gráfico 8 - Promoção da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem - enfermeiro com papel de gestor de caso	133
Gráfico 9 - Responsabilidade profissional do enfermeiro na RNCCI – Intervenções no domínio da autonomia profissional	134
Gráfico 10- Responsabilidade profissional do enfermeiro na RNCCI – Intervenções no domínio da interdisciplinaridade	135

0 - INTRODUÇÃO

A evolução das sociedades relativamente às suas características sociais, culturais, espirituais e económicas, traduz-se no aumento gradual da população com mais de 65 anos. A sua relevância major será visível através da inversão da pirâmide etária, tornando-se esta envelhecida, onde a base será estreita e o seu topo substancialmente superior a esta. A taxa de natalidade tende a ser cada vez mais inferior à de mortalidade, pois a esperança média de vida da população está a aumentar. Assim a percentagem de idosos tende a ser muito superior à dos jovens.

Estes aspetos fazem antecipar os problemas a nível da economia de uma sociedade, assim como as necessidades sociais e de cuidados de saúde que advêm deste mesmo envelhecimento populacional. Também o aumento da esperança de vida, leva a que cada vez mais os idosos sejam ainda mais idosos com níveis de dependência muito elevados, com necessidade de cuidados de proximidade que fazem emergir novos paradigmas e modelos de cuidados de saúde.

Face a estas evidências as políticas de saúde promovem o envolvimento das pessoas/famílias na capacitação das mesmas face à necessidade de autocuidado na realização das atividades de vida diárias, atendendo ao potencial de recuperação que estas possuem.

Partindo destas premissas, surge em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que por intermédio da ação conjunta de intervenções na área da saúde e de apoio social, com foco essencialmente na promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, proporciona a sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

A implementação da RNCCI tem sido efetuada de forma gradual, no que se refere à criação e desenvolvimento de unidades de internamento e de equipas de cuidados continuados integrados, porém com resultados bem visíveis no que se refere à sua taxa de ocupação, constatando-se ainda a insuficiência destes recursos face às necessidades da população.

Da equipa multiprofissional a desenvolver atividades nestes contextos, os enfermeiros destacam-se como presença contínua junto das pessoas internadas. As atividades que os enfermeiros desenvolvem constituem-se como pedra angular para a realização deste estudo. Procuramos evidenciar as intervenções que concebem e implementam autonomamente e em parceria com a pessoa dependente e em interação com vários profissionais, das quais emergem resultados em saúde na reabilitação ou readaptação da pessoa (Doran, 2011), que visam a construção de um projeto de saúde de forma livre e responsável. As intervenções de enfermagem neste âmbito promovem processos de transição perante o processo situacional de saúde/doença em que as pessoas se encontram face à necessidade de reconstrução do seu autocuidado.

Nesta perspetiva, o autocuidado é relevado pelas intervenções autónomas desenvolvidas pelos enfermeiros, assumindo-se como foco e resultado das mesmas.

O autocuidado enquanto foco relevante, em diferentes situações e contextos, remete-nos para comportamentos de autocuidado, respetiva monitorização e implementação de estratégias adequadas, estando inerente o reconhecimento e a gestão das mudanças ocorridas. A perspetiva do autocuidado como um resultado, sensível às intervenções de enfermagem, centra-se tanto na promoção da saúde e bem-estar, como na promoção da funcionalidade e/ou adaptação à nova situação de saúde.

Desta forma, pareceu-nos existir fundamento para estudar em profundidade os resultados decorrentes do desenvolvimento das intervenções de enfermagem em resposta às necessidades das pessoas idosas, com a finalidade de contribuir para a explicação de como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Como objetivos definimos: identificar o potencial das intervenções de enfermagem prestadas em contextos da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados, como resposta às necessidades da pessoa idosa; e sistematizar indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem à pessoa idosa em contextos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O estudo encontra-se conceitualmente ancorado em teorias que o suportam, nomeadamente a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) e a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Meleis, 2007; Meleis, 2011). Recorremos ainda ao Modelo de Efetividade do Papel da Enfermagem (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) baseado no Modelo proposto por Donabedian (1992), que nos permitiu através da análise e interpretação das variáveis de estrutura, processo e resultado desenvolver indicadores de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

Estruturamos a tese em quatro momentos distintos, no sentido da melhor compreensão da mesma. Na primeira parte apresentamos a problemática do estudo e o enquadramento teórico que o sustenta. Na segunda parte apresentamos as opções metodológicas incluindo o modelo de pesquisa e a definição de hipóteses. Na terceira parte, os dois estudos desenvolvidos assim como a apresentação dos resultados obtidos a sua análise e discussão. Na quarta parte assumimos a proposta de modelo de intervenção em cuidados continuados assim como os indicadores de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem neste âmbito.

PARTE I

Na Parte I apresentamos a problemática do estudo, que se centra nos resultados sensíveis às intervenções do enfermeiro no cuidado a idosos em contexto da RNCCI. Iniciamos com a contextualização desta filosofia de cuidados e fazemos referência a dados relativos às respostas de internamento, nas diferentes tipologias, avaliando a respetiva ocupação a nível nacional, bem como a caracterização dos clientes.

Neste seguimento perspetivamos a orientação filosófica ou paradigma que subjaz a este estudo, situando-nos essencialmente na perspetiva integradora da Teoria das Transições de Meleis (2011) e da Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem (2001) enquanto bases teórico concetuais.

1 – CUIDADOS A IDOSOS EM CONTEXTOS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A filosofia da RNCCI, tem por base a promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A coordenação da RNCCI a nível nacional é definida em termos de constituição e competências pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, articulando com equipas de coordenação a nível regional e local, sendo a tipologia de serviços oferecidos constituída por Unidades de internamento: Unidade de convalescença (UC); Unidade de média duração e reabilitação (UMDR); Unidade de longa duração e manutenção (ULDM); Unidade de cuidados paliativos (UCP); Unidades de Ambulatório: Unidade de dia e de promoção de autonomia; Equipas hospitalares: Equipa de gestão de altas; Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos) e Equipas domiciliárias: Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

(Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

O grau de autonomia do cliente determina a sua admissão em determinada tipologia de cuidado, tendo em conta os objetivos de cada uma, assim como a intervenção na medida em que permite decorrente do plano de intervenção individual, estabelecer os objetivos a atingir tendo em conta uma abordagem multidisciplinar.

Contextualizando a nossa realidade e centrando-nos nas unidades de internamento, apresentamos os dados seguintes, considerando o período 2013/2015, dada a disponibilidade dos dados nas diferentes fontes.

Com base na Monitorização Mensal da RNCCI (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015), verificamos que em setembro de 2015, existiam 7486 lugares na RNCCI distribuídos pelas cinco regiões de saúde, sendo as regiões de saúde do Norte e Centro as que possuem maior número de lugares (2118 e 2119 respetivamente) e a região de saúde do Algarve a que apresenta menor número de lugares (526). Em relação à tipologia das unidades por região, as ULDM são em maior número, em todas as regiões (Quadro 1)

Quadro 1 - Número de lugares existentes na RNCCI, por região de saúde e tipologia

Tipologia Região de Saúde					
	UC	UMDR	ULDM	UCP	TOTAL
Norte	157	592	1328	41	2118
Centro	236	637	1177	69	2119
Lisboa e Vale Tejo	167	625	1041	125	1958
Alentejo	135	186	425	19	765
Algarve	69	109	338	10	526
TOTAL	764	2149	4309	264	7486

Fonte: (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015)

No que se refere à taxa de ocupação por tipologia e segundo o mesmo documento concluímos que esta oscilava entre 90% nas UCP e 97% nas ULDM. Observando as taxas por região de saúde, a região Centro apresenta a taxa mais baixa (78%) e a região norte a taxa mais elevada (95%) (Quadro 2).

Quadro 2 - Taxa de ocupação na RNCCI por região de saúde e tipologia

Unidade Região de Saúde	UC	UMDR	ULD M	UCP
Norte	92 %	96%	98%	95%
Centro	90%	96%	95%	78%
Lisboa e Vale Tejo	89%	91%	95%	93%
Alentejo	90%	95%	98%	89%
Algarve	98%	96%	97%	95%
TOTAL	92%	95%	97%	90%

Fonte: (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015)

De janeiro a setembro de 2015, o movimento assistencial dos clientes foi congruente no que se refere a clientes referenciados e a clientes admitidos, sendo admitidos neste período 97% dos clientes referenciados, correspondendo percentualmente também este valor ao número de altas efetuadas (Quadro 3).

Quadro 3 – Movimento assistencial dos clientes na RNCCI, por região de saúde (janeiro a setembro 2015)

Movimento de clientes Região de Saúde	Clientes referenciados	Clientes admitidos	Altas
Norte	1006	866	909
Centro	702	647	627
Lisboa e Vale Tejo	976	960	927
Alentejo	302	302	281
Algarve	143	263	279
TOTAL	3129	3038	3023

Fonte: (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015)

Apresentamos de seguida a caracterização genérica dos clientes internados na RNCCI, tendo como base o Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2014 (Ministério da Saúde, 2015).

No ano de 2014, 41657 clientes foram referenciados para a RNCCI, tendo como principais motivos de referenciação a dependência em atividades de vida (91%). Estes clientes já usufruíam de apoios diversos em relação à alimentação e cuidados de higiene (55%), antes do internamento (Ministério da Saúde, 2015). A

maioria dos clientes era do sexo feminino (55,6%), existindo diferencial apenas de 11,2% em relação aos homens (44,4%); na sua maioria apresentavam grupo etário acima dos 65 anos de idade (83,4%), sendo que 41,1% dos clientes internados tinha idade superior a 80 anos; no que se refere ao nível de escolaridade, este era maioritariamente menor que 6 anos o que representava 90% do total dos clientes (Ministério da Saúde, 2015).

A partir da apreciação dos dados a que tivemos acesso nas bases de dados anonimizados dos clientes da RNCCI, por autorização da ex-coordenadora da RNCCI (Anexo 1) e tendo como finalidade específica caracterizar a dependência dos clientes face ao desenvolvimento das suas atividades de vida, organizamos e avaliamos as informações contidas nestes extraíndo as mais relevantes face ao objeto em estudo. Como exemplo e numa perspetiva de caracterização mais específica dos clientes da RNCCI, apresentamos dados relativos aos clientes internados no ano 2013, em unidades no distrito de Santarém.

Os dados centram-se na avaliação biopsicossocial efetuada no primeiro internamento a estes clientes (Anexo 2), enfatizando os relativos à área biológica no domínio autonomia física.

Autonomia física

A autonomia física é avaliada com recurso ao índice de Katz, que contempla a capacidade do cliente no: lavar-se, vestir-se, sentar/levantar, deitar/levantar, controlar urina, controlar fezes, usar sanita/urinol e alimentar-se.

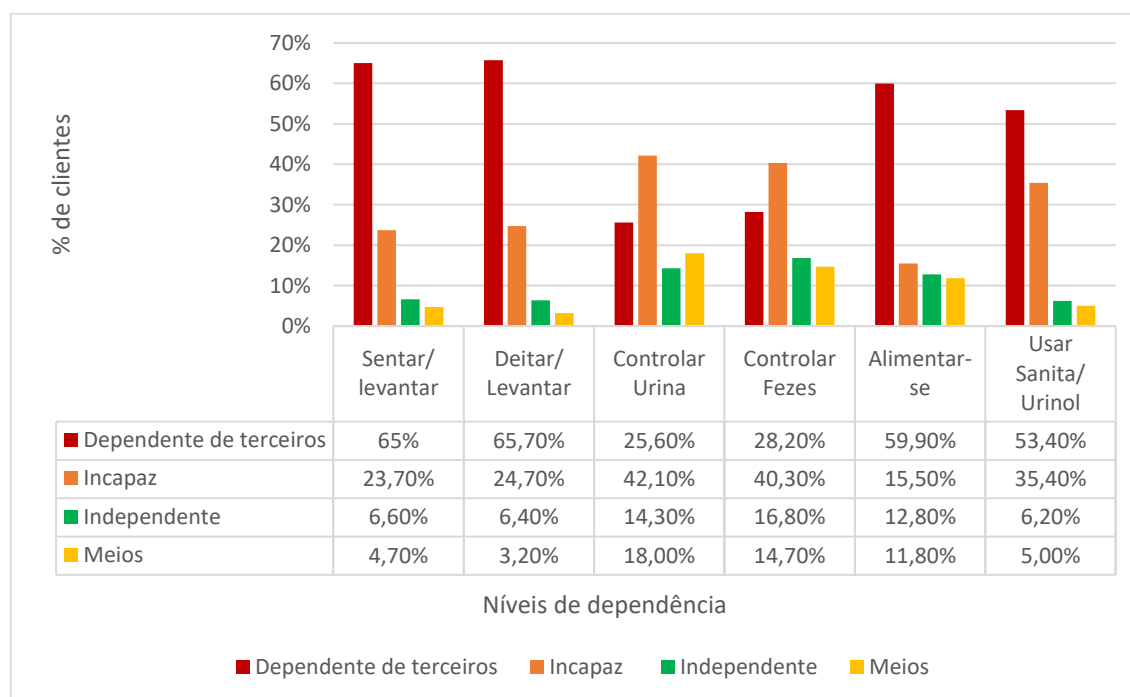
No que se refere a este domínio do perfil biopsicossocial, obtivemos dados relativos à primeira avaliação no primeiro internamento, de 857 dos 878 clientes internados.

Das variáveis referentes a esta área – biológica, evidenciamos a capacidade para sentar/levantar, deitar/levantar, controlar urina, controlar fezes, usar sanita/urinol e alimentar-se, utilizando os itens dependente de terceiros, incapaz de desenvolver a tarefa, independente ou com recurso a meios auxiliares (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009), conforme especificação da plataforma de registo da RNCCI.

Verifica-se que encontramos clientes dependentes de terceiros maioritariamente na capacidade para se sentar/levantar (65%) e deitar/levantar (65,7%). No que se refere ao controle da urina e fezes, 42,1% dos clientes era

incapaz de controlar a urina assim como 40,3% se mostravam incapazes de controlar as fezes. Sendo que a utilização de meios auxiliares emerge com maior relevância no conseguir controlar as fezes (14,7%). Os clientes independentes que ingressaram nestas unidades eram em número reduzido como já referenciamos (0,9%), sendo a sua maior independência na capacidade de controlo da urina (14,3%), de fezes (16,8%) e na capacidade em se alimentar (12,8%). Todas as outras áreas específicas em avaliação apresentam valores percentuais abaixo de 7% (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Autonomia física dos clientes admitidos na RNCCI – distrito Santarém, ano 2013, por área de avaliação



Como resposta às necessidades dos clientes nestes contextos, preconiza-se o desenvolvimento de um trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos clientes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências (Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). A prestação de cuidados na RNCCI prevê uma abordagem pluridimensional orientada para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da

autonomia e na participação dos clientes e família, onde a atuação harmoniosa de todas as partes do sistema garante o seu sucesso.

Vários profissionais desenvolvem a sua atividade nestes contextos, da área psicossocial e de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sendo o desenvolvimento das atividades destes profissionais transversais a todas as tipologias preconizadas pela RNCCI.

No âmbito da garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu um referencial de suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, no domínio da sua responsabilidade profissional na implementação da RNCCI, nomeadamente no que concerne às dotações seguras, assim como aos seus objetivos na prestação de cuidados neste contexto, sendo da sua responsabilidade a identificação das necessidades em cuidados, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição e execução das intervenções e o estabelecimento e a *Avaliação de resultados* esperados (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Assim e contextualizando na área de prestação de cuidados no âmbito da RNCCI o Conselho de Enfermagem, define objetivos para prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito (Ordem dos enfermeiros, 2009). Analisando-os, emerge um paralelismo com o processo de cuidados enquanto processo de interação onde o centro de interesse é o cliente e onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2006a).

Identifica-se nestes objetivos, dimensões como a concetualização, organização, interação e registo do cuidado de enfermagem, operacionalizadas fundamentalmente em três dos objetivos preconizados, nomeadamente: “(...)Prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência”, “Contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados” e “Contribuir para a existência de informação – registos de enfermagem – que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Tendo em conta este último objetivo da prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da RNCCI, que se refere aos indicadores de resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem, é recomendado o Padrão de Documentação específica para este contexto, que se refere ao mínimo dos focos de diagnósticos, intervenções e resultados esperados mais utilizados nestes contextos da RNCCI, decorrentes do documento: "Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde" (Ordem dos enfermeiros, 2007).

A arquitetura e estrutura do Sistema de Informação nos contextos da RNCCI devem integrar os critérios da Ordem dos Enfermeiros: inclusão da linguagem classificada da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®); parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados; integridade referencial dos dados (Ordem dos enfermeiros, 2009). Depreende-se que a inclusão da CIPE® para a descrição dos cuidados é particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem - por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem. Os dados originados pela utilização da CIPE® podem sustentar a tomada de decisão, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados para os clientes e suas famílias (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Compreende-se assim um raciocínio clínico orientado para uma avaliação dos resultados face às intervenções de enfermagem pela análise da evolução do *status* dos *focos*/diagnósticos de atenção.

Face à emergência destes novos contextos de cuidados, consideramos pertinente um estudo nesta área de prestação de cuidados de enfermagem, no sentido da compreensão do seu impacto face aos resultados na pessoa e na organização (Joseph, 2007).

Associado a estes factos a escalada de custos relacionada com cuidados de saúde, gera diversas questões no que se refere à qualidade e efetividade dos serviços prestados e aos resultados obtidos nas pessoas, sendo necessário demonstrar que cuidados de saúde promovem a saúde das pessoas (Grove, Burns, & Gray, 2013).

A nossa preocupação tem vindo então a centrar-se nos resultados sensíveis que decorrem do desenvolvimento das intervenções do enfermeiro em contextos da RNCCI enquanto consequências ou efeitos das intervenções levadas a cabo por estes, manifestadas por mudanças no estado de saúde/doença dos clientes, no seu comportamento ou percepção e/ou pela resolução do presente problema pelo qual

a intervenção de enfermagem foi proporcionada (Doran, 2011). Sendo a medição de resultados na pessoa fonte evidente para a efetividade dos cuidados de enfermagem propostos (Doran, et al., 2006).

É neste seguimento que surge a questão de investigação:

Quais os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem com a pessoa idosa em contextos da RNCCI?

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionam-se e derivam diretamente das intervenções de enfermagem desenvolvidas com as pessoas, sendo indicadores da resolução de problemas, ou do progresso efetuado no sentido da sua resolução (American Nurses Association, 2010).

Pretendemos com o percurso investigativo, explicar como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da RNCCI, alicerçando-nos conceptualmente nas teorias do Autocuidado de Orem e das Transições de Meleis. Estas constituíram-se como essenciais, complementando-se entre si, numa lógica interpretativa, coerente com a filosofia inerente à RNCCI (Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

2 – DA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO À TEORIA DAS TRANSIÇÕES: EM TORNO DO METAPARADIGMA EM ENFERMAGEM

Procuraremos apresentar de forma claramente articulada o suporte teórico que irá fundamentar o estudo, que resulta de uma revisão da literatura pertinente, procurando uma clara distinção do espaço metateórico, que nos ajude posteriormente a discutir os valores da prática refletidos essencialmente numa lógica de enfermagem (Arslanian-Engoren, Hicks, Whall, & Algase, 2005; Amendoeira, 2006a).

Assumimos assim a perspetiva teórica de Meleis (2011), num paradigma de integração, segundo a qual a enfermagem, procurando compreender a multidimensionalidade complexa do cliente, em torno das suas experiências de saúde/doença, reconhece a sua singularidade e individualidade, evidenciando a sua centralidade, a partir de uma visão multiparadigmática do cuidar (Amendoeira, 2006b), incluindo o cuidar de pessoas que não se encontram capazes de se auto cuidar em situação de doença ou de antecipação de uma doença (Meleis, 2011).

Neste sentido, integramos também a teoria do Deficit de Autocuidado, (Orem, 1993; Tomey & Alligood, 2004; Taylor & Renpenning, 2011), que visa obter a autonomia máxima do outro a quem se prestam cuidados de enfermagem, alicerçando-se no conceito de autocuidado enquanto função reguladora desempenhada por cada um, ou por alguém que o executa por este, no sentido da preservação da vida, saúde e bem-estar, de forma contínua tendo por base as suas necessidades. Estas necessidades relacionam-se diretamente com o estadio de crescimento e desenvolvimento pessoal assim como com o estado de saúde, cultura e fatores ambientais.

2.1 – DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO À TRANSIÇÃO – UM PERCURSO PARA A EFETIVIDADE

A perspectiva da escola das necessidades, sugerida por Kérouac e seus colaboradores (Kérouac, Pepin, & Ducharme, 2010), onde se questiona a função do enfermeiro e os cuidados que presta e onde o cliente faz parte de um processo crescente do nascimento até à morte, sustenta a compreensão dos objetivos dos cuidados de enfermagem em contextos da RNCCI. Várias são as teóricas desta escola de pensamento, como Virgínia Henderson (1966), Faye Abdellah (1972) e Dorothea Orem (1992, 2001), no entanto elegemos o trabalho desenvolvido por esta última como suporte à reflexão, traduzindo a perspectiva de assistir e/ou substituir o cliente, quando não consegue por si só satisfazer as suas necessidades. Compreende-se então a saúde como a capacidade de cada pessoa ser capaz de suprir as suas necessidades, contribuindo o ambiente para esta independência.

Numa visão integrativa, associamos o conceito de transição, pela valorização deste enquanto passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (Meleis, 2010), considerando-se central face à alteração da condição da pessoa idosa que integrou a RNCCI, visando os objetivos de promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência (Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). O enfermeiro tem assim oportunidade de desenvolver intervenções focadas na pessoa enquanto estas experienciam, antecipam ou complementam a transição.

O conceito de autocuidado (*self-care*) é central na Teoria de Orem (Orem, 2011), sendo definido como um comportamento que é aprendido e que depende de fatores que o influenciam diretamente, tais como a idade, o estado mental, a sociedade e cultura, assim como o estado emocional de cada indivíduo. Orem (2011), refere que podem surgir necessidades de autocuidado específicas, de acordo com o ciclo de vida de cada indivíduo, o que se enquadra com um dos conceitos considerados como centrais na teoria de Meleis (2010): o conceito de transição. Segundo esta autora, “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a

percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta" (Meleis, 2010, p. 25). Releva-se ainda neste estudo a perspectiva de que, "os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição, (...) no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações, nas expectativas ou nas capacidades" (Meleis, 2010, p.103), operacionalizando-se na intervenção de enfermagem e na individualidade com que cada pessoa vive cada transição.

Entendemos a **pessoa**, no âmbito deste estudo, como agente de autocuidado, como um ser biopsicossocial, um todo integrado e não a soma de partes (Orem, 2011), integrando assim dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais (Meleis, 2011); valorizamos a sua capacidade de autoconhecimento (Orem, 2011) a qual, em associação com fatores pessoais como o conhecimento de si, as expectativas realistas, o reconhecimento da experiência, se poderão constituir aspetos muito importantes para um transitar bem-sucedido (Meleis, 2011), sendo que contrariamente, o stress pelo desconhecido, a presença de um estigma cultural, a incongruência entre a preparação de expectativas e a experiência, também poderão influenciar os processos e afetar os resultados da transição.

Nesta perspectiva a pessoa idosa pode ser vista neste contexto enquanto agente de autocuidado, que apesar das suas limitações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento pode adotar comportamentos de autocuidado, nesta transição.

Entendemos a pessoa idosa integrada num processo de envelhecimento ativo, enquanto otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, na melhoria da esperança e qualidade à medida que envelhece, num quadro de solidariedade entre gerações (OMS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

"Ativo" diz respeito à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (Malanowski, Ozcivelek, & Cabrera, 2008). Como resposta a este desafio, o desenvolvimento de um modelo de cuidados de saúde coordenado em parceria, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos, numa perspectiva de continuidade ao longo do ciclo vital é imperativo (Powell, et al., 2012).

A perspectiva de envelhecimento ativo tem que ser vista como uma mais-valia quando o enfermeiro desenvolve intervenções com a pessoa no sentido de ajudar a gerir transições (Meleis, 2011), ao longo do seu ciclo vital tendo em vista o envelhecimento ativo, permitindo envolvê-la ativamente na gestão da sua saúde (Kutz, Shankar, & Connelly, 2013).

Assumimos o conceito de **Saúde** como um estado de totalidade ou integridade dos seres humanos, englobando como inseparáveis os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais (Orem, 2001), sendo também da responsabilidade da sociedade a promoção da saúde dos seus membros.

Integramos nesta perspectiva o conceito de transição da saúde/doença, considerando o padrão de todas as transições (Meleis, 2011) e relevando como indicadores de saúde o bem-estar subjetivo - pelo desenvolvimento progressivo da confiança, autoestima, dignidade pessoal, aquisição de competências, conhecimento e habilidades e bem-estar nos relacionamentos – com familiares e amigos bem como a integração em redes sociais e da comunidade.

Neste processo a pessoa por ação deliberada, troca de energia com o **ambiente** para atender as necessidades de autocuidado, sendo este entendido neste estudo como as condições e as características ambientais relevantes para o autocuidado da pessoa (Orem, 2001). Estas características são definidas em dois grupos: o primeiro constituído por características físicas, químicas, biológicas e sociais e o segundo por características culturais e socioeconómicas, perspectiva complementada pela importância atribuída a fatores internos e externos que atuam sobre os seres humanos e afetam o seu comportamento e desenvolvimento (Meleis, 2010). Estes fatores incluem as características psicológicas, espirituais, sociais, físicas e culturais, valorizando-se a dimensão comunitária - a sociedade, os recursos e as condições (de apoio, de informação) que facilitam ou inibem os processos de transição, no contexto da intervenção de enfermagem.

A **Enfermagem** é então valorizada como serviço humano necessário para a manutenção do autocuidado contínuo, requerendo técnicas especiais e aplicação do conhecimento científico, incluindo conceitos de ação deliberada como a intencionalidade e operações de diagnóstico, prescrição e regulação (Orem, 2001), concretizadas em intervenções terapêuticas de enfermagem que incorporam: avaliação de enfermagem, mobilização de recursos, suplementação de papel e criação de um ambiente saudável (Meleis, 2011), pelo que assumimos o conceito

de enfermagem articulado com o de intervenções terapêuticas em enfermagem, capazes de facilitar processos de transição saudáveis, diminuir transições insalubres e apoiar indicadores de processo positivos, porque são destinadas a restabelecer e promover a saúde.

Tem ainda como foco de atenção as respostas humanas face às transições que decorrem de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida que interfiram com a saúde (Chick & Meleis, 1986). O conceito de transição tem vindo a tomar corpo ao longo de décadas, sendo aprimorado e alvo de estudos por diferentes autores (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2007), sendo afirmado por Meleis (2010), que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível de autonomia e de bem-estar, ou seja, tal como na perspectiva de Orem (2001), quando a pessoa não é capaz de se auto cuidar e necessita que outros o façam por si.

Com base na avaliação das necessidades de autocuidado das pessoas e na capacidade inata para o desenvolvimento das suas atividades de vida, emergem cuidados, resultantes da ação do enfermeiro (*therapeutical self-care agent*), essenciais sempre que se verifique um hiato entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita para manter o seu nível de saúde desejado.

Partindo de revisão de diferentes estudos cujo objeto se centrava nas transições, Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher (2000), desenvolveram a Teoria de Médio Alcance das Transições alicerçada em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições que engloba os tipos e padrões de transição; as condições facilitadoras e inibidoras das transições e os padrões de resposta com indicadores de processo e de resultado.

Dos tipos de transição com que os enfermeiros se deparam na sua interação com as pessoas, referenciamos os de **saúde/ doença** (quando existe uma mudança súbita no desempenho de papel resultante da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde), verificando-se aqui uma associação ao fenómeno da dependência de autocuidado anteriormente referenciada; as transições **situacionais**, estão associadas a eventos que exigem a definição ou redefinição de papéis, tais como a perda de um membro da família ou o assumir do papel de cuidador informal; as transições de **desenvolvimento**,

que se associam à transição perante as diferentes fases do ciclo de vida; e as transições **organizacionais**, que remetem para mudanças no ambiente, quer social, político ou económico ou associadas a alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000; Meleis & Trangenstein, 1994)

Todas as transições possuem padrões de complexidade, não sendo mutuamente exclusivas pois cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição simultaneamente. No entanto possuem propriedades comuns que englobam a **consciencialização** que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição, que condiciona as respostas e as perceções das pessoas para lidar com transições similares; o **envolvimento** que se reflete na participação ativa e empenhada no processo de transição que a pessoa está a vivenciar; a **mudança e diferença** como essenciais ao processo de transição: a **mudança** possui dimensões como a natureza da própria mudança, a temporalidade como o momento em que a pessoa ou família percebem a necessidade de mudança e as normas e expetativas pessoais, familiares e sociais face à mudança a ocorrer ou que já ocorreu; a **diferença** enquanto confronto da realidade com as expetativas.

Compreende-se assim a necessidade que este processo complexo de transição seja avaliado de forma concreta e essencialmente ao nível do confronto com a situação, o impacto da mudança e a diferença no bem-estar e capacidade da pessoa em lidar com as diferentes mudanças com que se depara; o período de tempo como dimensão central da transição, enquanto processo de adaptação face ao novo modo de ser e estar mediado por um tempo.

Ao procurarmos clarificar a metodologia científica (Alfaro-Lefevre, 2014) no processo de cuidados, que se constitui como guia orientador do enfermeiro na interação com a pessoa em processos de transição, através do qual desenvolve a apreciação, planeia as intervenções e a forma como o faz, avaliando o grau de participação da pessoa no processo, somos remetidos para a importância da valorização dos recursos da pessoa e do contexto, para a identificação da transição em que se encontra e para as formas de olhar a pessoa, como um ser complexo e total (Meleis & Trangenstein, 1994).

No mesmo sentido Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher (2000), valorizam que ao procurarmos explorar as transições do tipo saúde/doença, nunca

poderíamos excluir o autocuidado realizado pela pessoa doente/dependente, assumindo os mesmos autores que os processos de transição implicam mudança de papéis (organizacionais, de estados de saúde, evolutivas no ciclo vital) que poderão necessitar da intervenção dos agentes de autocuidado terapêutico, com o propósito de facilitar e superar os défices temporários ou permanentes, proporcionando o retorno ao autocuidado natural. Os agentes de autocuidado terapêutico disponibilizam ações de autocuidado, educação terapêutica e suprimem défices, com vista a autonomização e o retorno ao autocuidado (Meleis, 2011; Queirós, 2010).

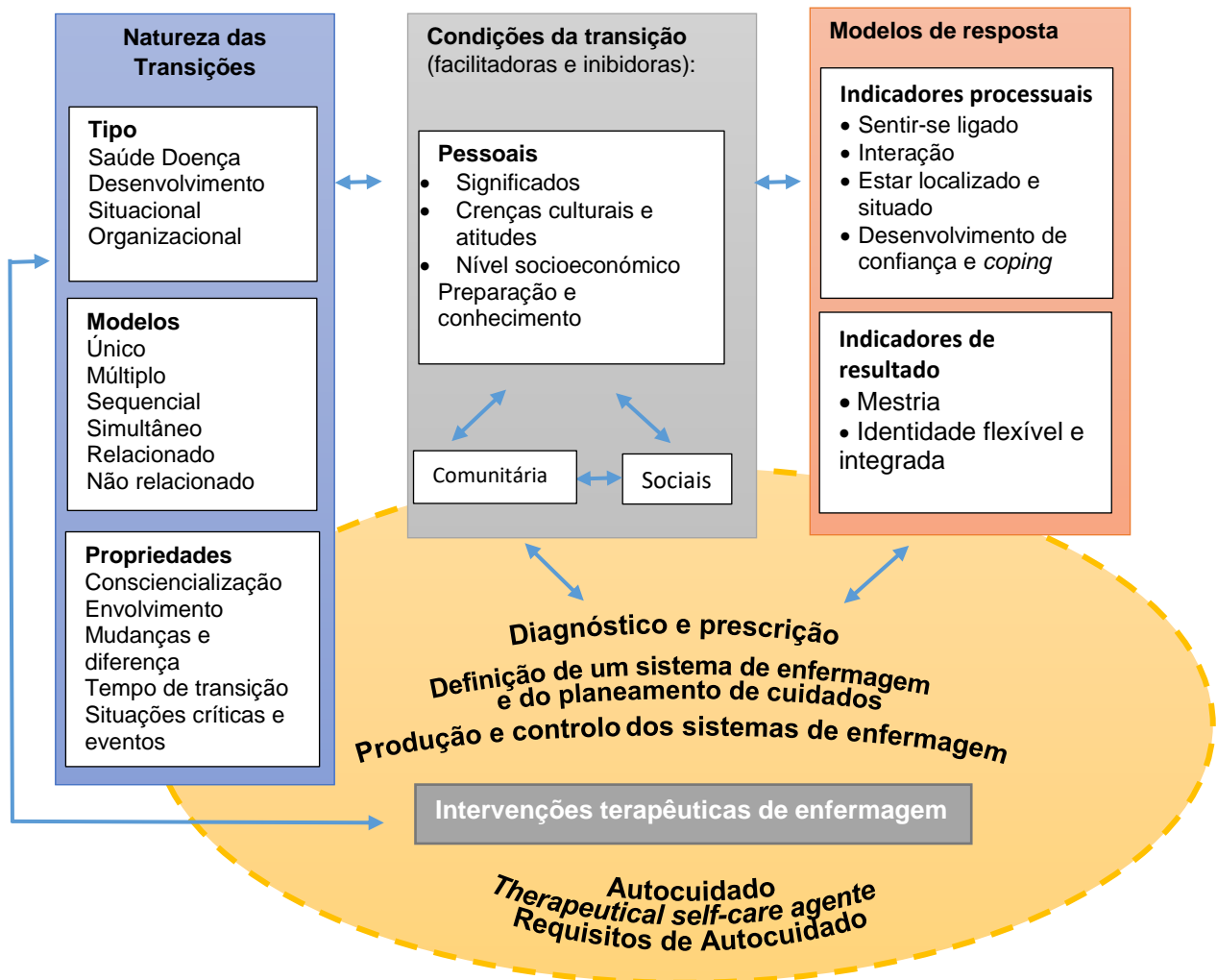
Nesta linha de pensamento e de acordo com Orem (2001), os cuidados de enfermagem são desenvolvidos quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado mais ou menos complexas, cuja realização requer conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da situação de doença ou dependência, para enfrentar os respetivos efeitos e complicações.

Assim, refletimos a importância da valorização da metodologia científica do processo de enfermagem (Alfaro-Lefevre, 2014) neste estudo, remetendo também para a perspetiva de Orem (2001), segundo a qual aquele processo se organiza em diferentes fases: (1) diagnóstico e prescrição, (2) definição de um sistema de enfermagem e do planeamento de cuidados e (3) produção e controlo dos sistemas de enfermagem, remetendo esta última fase para a valorização dos resultados em enfermagem.

Nesta perspetiva enquadradora, apresentamos o esquema seguinte (Figura 1), de articulação entre a teoria das Transições (Meleis, 2011) e a Teoria do Autocuidado (Orem, 2001; Taylor & Renpenning, 2011). A compreensão alargada do conceito de transição permite-nos desenvolver a disciplina de enfermagem na perspetiva da interpretação das interações entre a pessoa, o seu ambiente e os efeitos sobre a sua saúde, considerando-se desta forma o restabelecimento da autonomia como uma transição. No entanto a capacidade da pessoa para se autocuidar surge quando esta tem capacidade para desenvolver atividades que promovam esse autocuidado na premissa do restabelecimento da sua saúde e bem-estar. Nesta complementaridade na perspetiva de Meleis (2011), a transição surge enquanto mudança significativa na pessoa quando esta sofre influências externas como aquisição de novos conhecimentos, que lhe permitem a adoção de

novos comportamentos face ao contexto social onde está inserida em prol da sua saúde.

Figura 1– Matriz enquadradora da Teoria das transições e da Teoria do Autocuidado



Fonte: Adaptado de Orem (2001) e Meleis (2011)

Emergiram ainda como imprescindíveis neste estudo Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998) e Doran, et al. (2006) que desenvolveram e testaram o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM). Este modelo teve como inspiração o modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (1996), assente na tríade constituída pelas componentes: estrutura, processo e resultado, com o interesse de identificar fatores nas organizações de prestação de cuidados de saúde que afetassem a qualidade do cuidado ao cliente. Nas décadas de 70, 80 e primeira metade dos anos 90, privilegiaram-se abordagens centradas na estrutura e no

processo, porém verificou-se uma mudança de paradigma no que se refere ao enfoque a avaliar (Donabedian, 1992). Não esquecendo a envolvimento de todos os componentes propostos por Donabedian, o enfoque é dado agora à análise dos resultados. Compreende-se uma ligação estreita entre os cuidados oferecidos aos clientes e os resultados verificados pela sua implementação, tornando-se a análise destes, imprescindíveis para a avaliação, monitorização e melhoria da qualidade em saúde (Donabedian, 2005).

A avaliação dos resultados em saúde tem vindo a ser do interesse dos investigadores desde há décadas. Centrando-nos na enfermagem e na avaliação da qualidade, poderemos referenciar Florence Nightingale, como uma das pioneiras, que em 1863 considerava necessário perceber as diferenças estatísticas dos hospitais, como forma de melhoria da qualidade dos cuidados aí prestados (Iezzoni, 2012).

Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998) desenvolveram o modelo NREM com o objetivo de identificar a contribuição do trabalho dos enfermeiros para a obtenção do resultado, tendo sido reformulado posteriormente (Doran et al, 2006).

A componente da estrutura envolve o cliente, os enfermeiros e variáveis organizacionais que influenciam o processo e os resultados dos cuidados. As variáveis relacionadas com o enfermeiro incluem a experiência, o conhecimento e habilidades que poderão influenciar a qualidade da intervenção de enfermagem. Com o cliente relacionam-se variáveis de carácter pessoal e de saúde/doença, como a idade e a gravidade da doença que afetam tanto a prestação da intervenção de enfermagem como a obtenção do resultado esperado. As variáveis organizacionais relacionam-se com os recursos humanos de enfermagem que afetam diretamente a prestação de cuidados.

A componente dos resultados consiste nos resultados de enfermagem aos quais as pessoas são sensíveis. Estes são classificados em seis categorias: prevenção de complicações como ferimentos ou infeção nosocomial; resultados clínicos, como o controle de sintomas; conhecimento da doença, o seu tratamento e gestão dos efeitos colaterais; resultados de saúde funcionais, tais como físico, social, funcionamento cognitivo, mental e habilidades de autocuidado; satisfação com o atendimento; custos. Nesta perspetiva são os “resultados” que nos fornecem a evidência da efetividade dos cuidados de Enfermagem (Doran, et al., 2006).

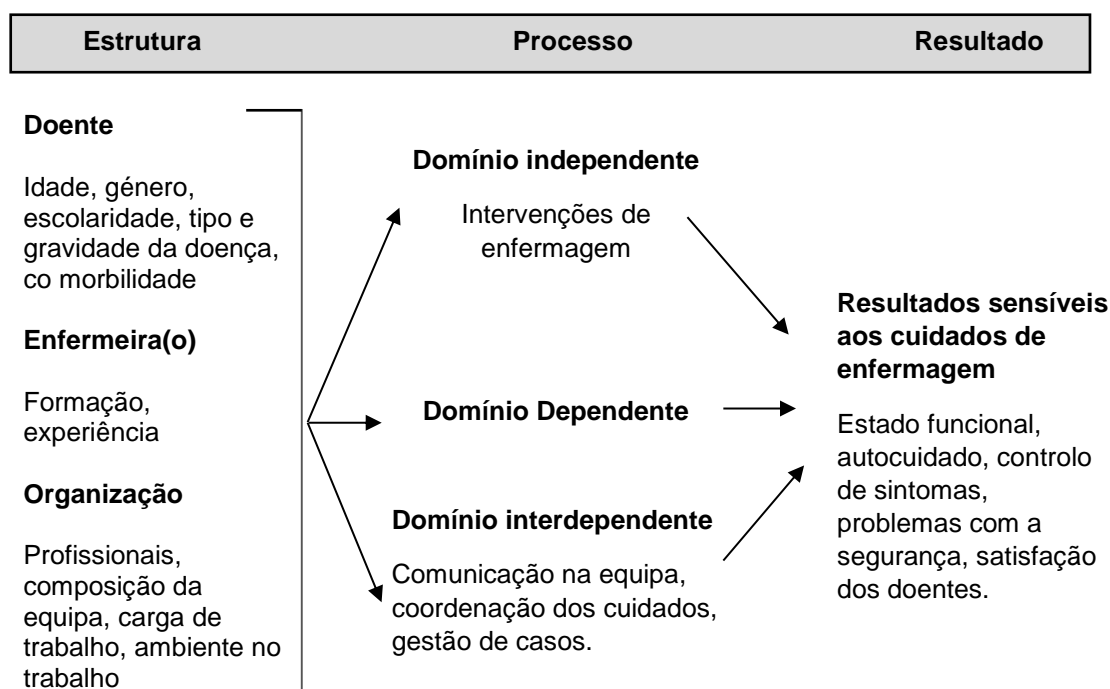
Ao optarmos pelo *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM),

perspetivamos que a análise da relação entre variáveis de estrutura, processo e resultado, nos possibilite uma visão sobre a efetividade da enfermagem, verificando a sensibilidade dos resultados em saúde e identificando um conjunto de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os estudos que têm sido desenvolvidos com este modelo, possibilitam a avaliação da efetividade das intervenções a partir dos resultados esperados (Azzolin, 2011), assumindo-se que a efetividade diz respeito à capacidade de promover resultados esperados, na relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos.

A relevância deste modelo (Figura 2) permite-nos analisar como a componente da estrutura, que envolve a pessoa, os enfermeiros e variáveis organizacionais influenciam o processo e os resultados dos cuidados.

Figura 2– Modelo de efetividade do papel da enfermagem

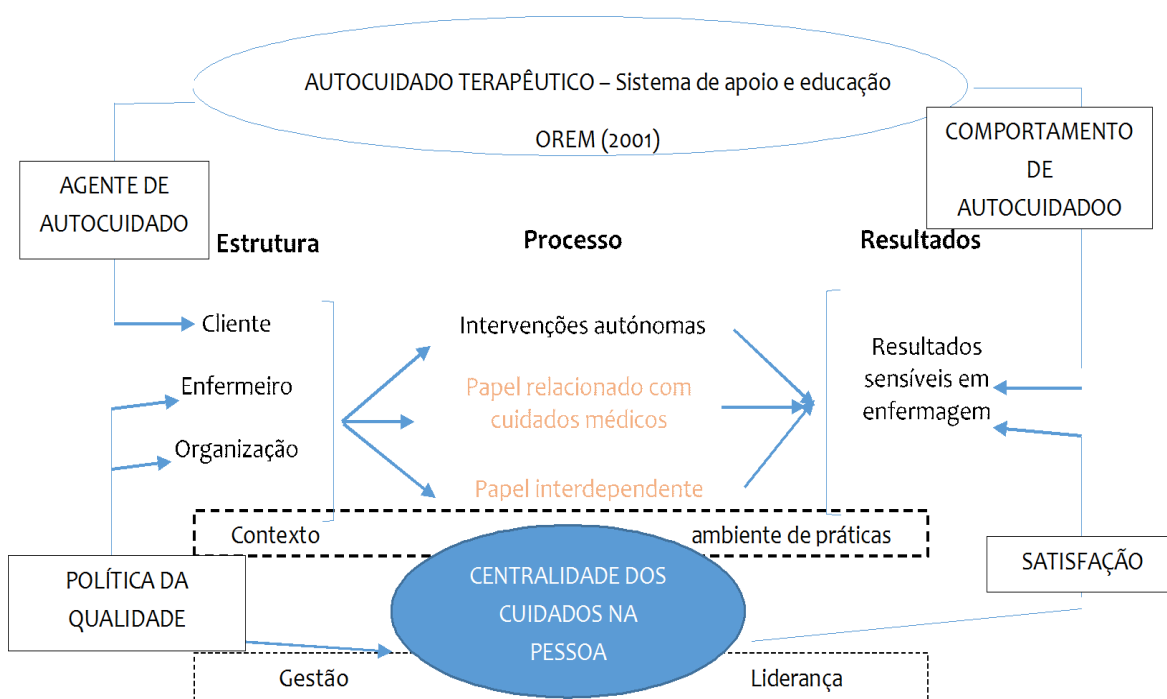


Fonte: Adaptado de Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998)

Consideramos ainda, na figura 3, o Modelo de avaliação da qualidade dos cuidados, proposto por Ferreira (2014), suportado também nas três componentes

de avaliação da qualidade dos cuidados (Donabedian 1996; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998), porém com significado teórico noutras perspetivas paradigmáticas, da estrutura do conhecimento em enfermagem, com referência nomeadamente a Orem (2001). Esta perspetiva integrativa vem ao encontro do que pretendemos, pois permite-nos ampliar a nossa visão acerca do fenómeno em estudo, na perceção da produção de ganhos em saúde em pessoas em que a capacidade de autocuidado pode estar diminuída.

Figura 3– Modelo de Avaliação da qualidade dos cuidados



Fonte: Ferreira (2014)

Ao olharmos a pessoa enquanto agente de autocuidado, em interação com o enfermeiro, mediado nomeadamente pelo sistema de apoio e educação, considerámo-la como o centro do processo de cuidados, com o desenvolvimento de práticas que promovam a autonomia desta. O enfermeiro ao desenvolver um processo de cuidados numa perspetiva paradigmática de valorização da centralidade da pessoa tem que considerar aspetos como a gestão e liderança como dimensões imprescindíveis à produção de resultados (Ferreira, 2014).

O resultado das intervenções de enfermagem, desenvolvidas tendo por base conhecimentos e preferências das pessoas, promotores de comportamentos de autocuidado na gestão das suas atividades de vida diárias, culminam em resultados sensíveis às mesmas. A satisfação da pessoa enquanto agente de autocuidado valoriza os resultados sensíveis em enfermagem, relacionando-se esta com as características da estrutura e do processo (Ferreira & Amendoeira, 2015).

A perspetiva integrativa das teorias de Deficit de autocuidado (Orem, 2001) e das Transições (Meleis, 2011), assim como a mobilização do NREM (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998), constituem-se enquanto matriz concetual de estrutura e sustentabilidade para o desenvolvimento do estudo.

PARTE II

Explanamos a metodologia utilizada e identificamos as variáveis em estudo tendo por base o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), nas suas três componentes: estrutura, processo e resultado, assim como definimos o modelo de pesquisa e respetivas hipóteses.

Apresentamos ainda uma estrutura organizadora das fases do estudo, procedimentos éticos e forma de tratamento e análise dos dados a seguir.

3 – METODOLOGIA

O desenho do estudo permite a obtenção de respostas concretas às questões de investigação delineadas e às hipóteses estabelecidas, controlando ainda possíveis enviesamentos que poderiam vir a manipular os resultados obtidos (Fortin, 2009), sendo a questão de investigação norteadora das opções tomadas no decurso da investigação.

Optamos por delinear um desenho de estudo misto com estratégia exploratória sequencial, onde a recolha e análise de dados de carácter qualitativo precede a colheita e análise de dados de carácter quantitativo, ou seja, uma primeira fase com o objetivo exploratório seguindo-se a fase de expansão do entendimento do fenómeno (Grove, Burns, & Gray, 2013; Creswell, 2007; Bryman, 2012). A opção por uma estratégia mista para a colheita de dados, assentou no objetivo de exploração emergente do fenómeno – resultados sensíveis às intervenções de enfermagem – assim como da necessidade de desenvolver e testar novos instrumentos de colheita de dados neste âmbito (Grove, Burns, & Gray, 2013).

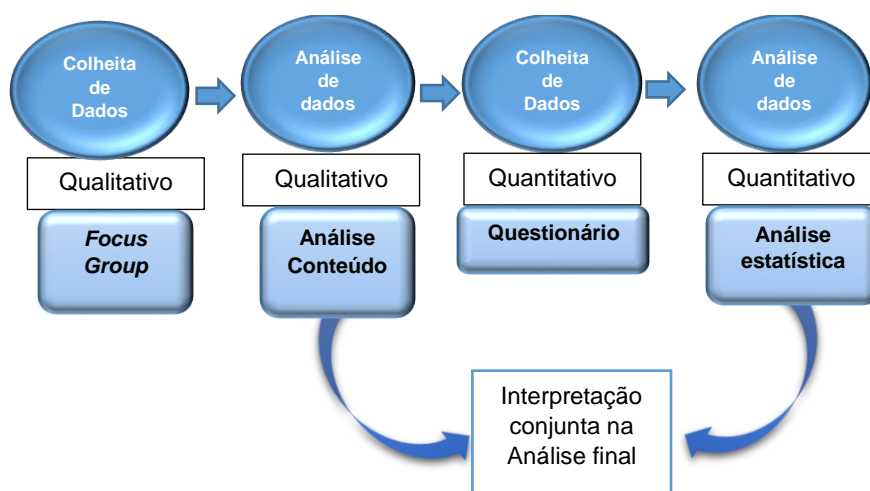
Na primeira parte do estudo pretendemos explorar o tema, com a perspetiva dos enfermeiros coordenadores das unidades, com recurso a questionário, assim como a visão de diferentes peritos acerca do fenómeno em estudo, na procura de informações/conhecimento por forma a elaborar uma escala, que se constituiu como o instrumento de colheita de dados a aplicar na segunda fase do estudo, na

continuidade da exploração do tema. Após a sua elaboração esta foi sujeita a um estudo preliminar ao qual se seguiu a sua operacionalização no terreno de pesquisa, estudando-se em continuidade as suas propriedades psicométricas.

Assim depreende-se que a integração da análise dos dados iniciais de carácter qualitativo ocorreu na transformação de temas qualitativos em itens para a escala elaborada. De referir ainda que optamos por examinar e refletir os resultados qualitativos e quantitativos na procura da sua convergência ou complementaridade no final do trabalho (Creswell, Clark, Gutmann, & Hanson, 2003; Creswell, 2014).

Apresentamos esquematicamente na figura 4, a estratégia de investigação elaborada tendo em conta a estratégia exploratória sequencial adotada no estudo.

Figura 4– Estratégia de investigação – exploratória sequencial



Adaptado de Creswell, 2007 e Grove, Burns, & Gray, 2013

A colheita de dados de cariz quantitativo envolve a colheita sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. (Polit, Beck, & Hungler, 2011). Os dados numéricos obtidos através de estudos quantitativos permitem descrever variáveis, estudar relações e interações entre estas (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Este método enraíza-se num paradigma positivista onde se procuram alcançar resultados com o menor enviesamento possível enquanto sistema de princípios e valores que orienta a metodologia e fundamenta as suas características

numa dada epistemologia (Coutinho, 2014). Neste paradigma de investigação é enfatizado o determinismo, prevendo-se uma realidade que pode ser descoberta, a racionalidade, no sentido da impossibilidade de existirem explicações que se contradigam, a impessoalidade, no sentido da manutenção da máxima objetividade, a previsão na perspectiva da possibilidade de generalização, controle e previsão dos fenómenos (Coutinho, 2014).

Caracterizamos o segundo estudo como quantitativo, transversal, exploratório com índole descritivo-correlacional, pois visa descrever fenómenos e posteriormente identificar e explorar possíveis relações entre as variáveis (Reishtein, 2005; Rebar, Gersch, Macnee, & McCabe, 2011; Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013).

As variáveis podem ser escolhidas com base no quadro teórico, sendo que este tipo de desenho permite perceber a relação com base nas correlações entre as variáveis, aumentando o conhecimento sobre determinado fenómeno, não sendo objetivo a generalização dos resultados (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Considera-se ainda este estudo como transversal, pois a colheita de dados foi efetuada apenas num período de tempo específico.

Consideramos o estudo de tipo exploratório, pois tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos futuros, sendo ainda selecionado pois o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses que sejam precisas e operacionalizáveis (Gil, 2008).

A pesquisa descritiva baseia-se em estratégias que permitem observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular, sendo que na pesquisa se pretende descrever fenómenos de uma determinada realidade (suas características e propriedades) – o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na RNCCI e os resultados sensíveis aos mesmos (Freixo, 2013).

A análise correlacional foi utilizada no sentido da verificação da relação ou comportamento entre as variáveis estudadas, tendo este método como objetivo, “medir o grau e a direção de uma relação entre duas variáveis que é expressa por um coeficiente de correlação, ou ainda, quando uma teoria científica postula a existência de uma correlação entre duas variáveis que não podem ser analisadas experimentalmente” (Freixo, 2013, p.114). Pretende-se assim nos estudos de

índole correlacional estudar a natureza das relações entre variáveis e não determinar relações de causa efeito (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Os métodos, as técnicas e os procedimentos utilizados são descritos neste capítulo, na concretização da resposta face à finalidade do estudo de poder contribuir para a explicação de como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da RNCCI. Estes enraízam-se na questão de partida, contextualizada na contribuição para a explicação da obtenção de ganhos em saúde face aos resultados sensíveis às intervenções desenvolvidas com a pessoa idosa no contexto em estudo. Assim como também na perspetiva da concretização dos objetivos, relativos à identificação do potencial das intervenções de enfermagem prestadas como resposta às necessidades da pessoa idosa e ainda na sistematização de indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem em contextos da RNCCI a pessoas idosas.

3.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

Apresentamos as variáveis do estudo segundo a estrutura do NREM (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), nas suas três componentes: estrutura, processo e resultado, numa perspetiva integradora da necessidade de manutenção de autocuidado, por parte da pessoa – agente de autocuidado. O enfermeiro ao necessitar de intervir neste processo coloca o cliente no centro dos seus cuidados, com vista à obtenção de comportamentos de autocuidado, culminando estes em resultados sensíveis aos cuidados (Ferreira & Amendoeira, 2015).

As variáveis de estrutura referem-se à pessoa enquanto agente de autocuidado, ao enfermeiro e à organização onde os cuidados são prestados. Dado que a finalidade do estudo se centra na contribuição para a explicação de como as intervenções de enfermagem produzem ganhos em saúde nas pessoas idosas em contextos da RNCCI, na perspetiva dos enfermeiros que as desenvolvem, apresentamos variáveis relativas ao enfermeiro e não ao agente de autocuidado – pessoa.

Das variáveis estruturais relacionadas com o enfermeiro e com a organização destacamos a *Conceção de enfermagem* enquanto variável estrutural.

As **variáveis de estrutura** relacionadas com o enfermeiro envolvem as suas características profissionais, a sua experiência, conhecimento e níveis de habilidade, que podem influenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Doran, 2011). No entanto o conhecimento do enfermeiro e os seus níveis de habilidade são muitas vezes relatados apenas em termos de grau académico e experiência profissional (Doran, 2011), sendo nossa pretensão que a *Conceção de enfermagem* que o enfermeiro possui seja considerada como variável estrutural e não apenas o grau académico ou experiência profissional de que este seja detentor (Quadro 4).

Quadro 4– Variáveis estruturais em estudo

Variáveis estruturais	
Enfermeiro	Sexo; Idade; Categoria profissional; Grau académico; Tempo de exercício profissional; Tempo de exercício profissional na RNCCI; <i>Conceção de enfermagem</i> .
Organização	Tipologia de internamento da RNCCI onde desempenha funções (Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção); Contexto/Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos II (NUTS II)

Das **variáveis do processo** fazem parte as intervenções de enfermagem que o enfermeiro desenvolve com as pessoas. No NREM, Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998), identificam três domínios de intervenções de enfermagem: independentes, interdependentes e dependentes: o domínio independente refere-se às funções e responsabilidades atribuíveis apenas aos enfermeiros enquanto atividades que são iniciadas por estes e que não necessitam de uma prescrição médica; o domínio dependente refere-se às atividades e responsabilidades que têm a ver com a implementação de prescrições e tratamentos médicos; e o domínio interdependente, relacionado com as atividades em que os enfermeiros participam, mas que estão, total ou parcialmente, ligadas a funções de outros técnicos (Irvine,

Sidani, & McGillis Hall, 1998). Confrontando esta classificação com a presente no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto Lei nº 161/ 96 do Ministério da Saúde, 1996), verificamos que as intervenções referenciadas no NREM, se designam aqui por autónomas e que as interdependentes e dependentes se poderão agrupar nas designadas interdependentes, sendo esta designação que adotamos no estudo.

As variáveis de processo foram assim relacionadas com áreas de atenção relevantes para a enfermagem, que se identificam na génese das intervenções de enfermagem nestes contextos. Assumiram-se domínios de autonomia física já referenciados aquando da caracterização dos clientes, onde se verificam níveis elevados de dependência, assim como com áreas específicas, tais como a pessoa com dor e com úlcera por pressão (Quadro 5). Na designação das variáveis recorremos à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®), na sua versão Beta2 (2002), pois é esta a taxonomia e versão utilizada atualmente em alguns contextos da RNCCI.

Quadro 5- Variáveis de processo em estudo

Variáveis de processo	
Eixo do foco de atenção dos enfermeiros	Autocuidado Comer e beber
	Autocuidado Pôr-se de pé
	Autocuidado Ir ao sanitário
	Pessoa com Dor
	Pessoa com Úlcera por Pressão

As **variáveis de resultado** referem-se aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se relacionam com o controlo de sintomas, com a reabilitação e com a segurança dos clientes, assim como a perceção destes acerca dos resultados tais como a sua satisfação (Doran, 2011).

Tendo por base o objetivo do estudo, as variáveis: reabilitação e regresso a casa, são resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Na mesma linha de pensamento, surge o “Gestor de Caso” enquanto responsável direto pelo acompanhamento dos resultados dos clientes, garantindo a comunicação com os

demais intervenientes na prestação de cuidados (Diário da República, 1.^a série — N.º 174 — 10 de setembro de 2014). Neste contexto assume-se também a Interdisciplinaridade enquanto resultado, assente na definição e assunção de objetivos comuns (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009), envolvendo relações de proximidade com os clientes e relações profissionais com os restantes membros da equipa de saúde. Paralelamente esta interdisciplinaridade constitui-se numa forma de desenvolvimento da visibilidade da autonomia profissional enquanto resultado de enfermagem. Uma profissão só é autónoma, quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre os resultados que atinge com as suas decisões (Neves, 2002; Amendoeira, 2004), sendo ainda considerada essencial para a prestação de cuidados com qualidade e para a satisfação profissional dos enfermeiros (Kramer, 2003).

Simultaneamente, a autonomia profissional em enfermagem é também assumida como um fenómeno único que nos remete para o conceito de interdisciplinaridade que nestes contextos de cuidados é entendida, pelo que referimos em epígrafe, como resultado neste estudo (Quadro 6).

Quadro 6- Variáveis de resultado em estudo

Variáveis de resultado	
Resultados	Reabilitação Regresso a casa “Gestor de caso” Autonomia profissional Interdisciplinaridade

Para melhor compreensão das variáveis em estudo apresenta-se no quadro seguinte (Quadro 7) a sua operacionalização definindo os seus valores/categorias. Assumimos a terminologia utilizada por Hill e Hill (2012) para a definição das escalas de medida.

Quadro 7 - Operacionalização das variáveis em estudo

	Nome da Variável	Escala de Medida	Valores assumidos
VARIÁVEIS DE ESTRUTURA	Sexo	Nominal	1 – Masculino; 2 - Feminino
	Idade	Intervalo	Não se aplica
	Categoria profissional	Ordinal	1 – Enfermeiro; 2- Enfermeiro Especialista
	Grau académico	Ordinal	1 – Licenciado; 2 - Mestrado
	Tempo de exercício profissional	Intervalo	Não se aplica
	Tempo de exercício profissional na RNCCI	Intervalo	Não se aplica
	<i>Conceção de enfermagem</i>	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Tipologia de internamento da RNCCI	Nominal	1 - UC; 2 - UMDR; 3 - UMDR
	NUTS II	Nominal	1 – Área metropolitana do Porto; 2 – Médio Tejo; 3 – Oeste; 4 – Área metropolitana de Lisboa; 5 – Lezíria do Tejo
VARIÁVEIS DE PROCESSO	Autocuidado Comer e beber	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Autocuidado Pôr-se de pé	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Autocuidado Ir ao sanitário	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Pessoa com Dor	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Pessoa com Úlcera por Pressão	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
VARIÁVEIS DE RESULTADO	Reabilitação	Ordinal	1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes 5 – Sempre
	Regresso a casa	Qualitativa	Não se aplica
	Gestor de caso	Nominal	1 – Sim; 2 – Não; 3 – Talvez
	Autonomia profissional	Qualitativa	Não se aplica
	Interdisciplinaridade	Qualitativa	Não se aplica

Estrutura do quadro adaptada de Hill e Hill (2012)

3.2 - MODELO DE PESQUISA

Definido o tipo de estudo e o enfoque dado ao mesmo, desenvolve-se o modelo de pesquisa com o objetivo de responder às questões de investigação tendo em conta os objetivos delineados (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

O modelo de pesquisa que propomos, alicerça-se teoricamente no *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) no sentido da identificação do contributo do papel do enfermeiro na busca de resultados sensíveis à sua intervenção específica.

Propomos neste modelo a compreensão das relações estabelecidas entre as variáveis inerentes à dimensão da estrutura, do processo e do resultado na obtenção de resultados sensíveis sob a forma de ganhos em saúde.

Além da relação da influência das variáveis de estrutura, no processo enquanto desenvolvimento de intervenções de enfermagem que conduzem a resultados sensíveis às mesmas, propomos uma influência de reciprocidade entre estes componentes.

Esta proposta (Doran D. , et al., 2006) de explicitação e compreensão da realidade surge da interpretação e análise efetuada ao NREM, que preconiza a necessidade de monitorizar a prática de enfermagem (intervenções autónomas e interdependentes) percecionando o seu contributo específico para alcançar os resultados esperados (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998).

Sendo a componente de estrutura composta por variáveis organizacionais e inerentes aos enfermeiros e clientes, que influenciam o processo e os resultados (Doran, 2011) enfatiza-se a relação entre aquelas componentes estruturais e a satisfação do enfermeiro enquanto resultado (Keuter, Bryne, Voell, & Larson, 2000), bem como a relação das competências dos enfermeiros com a satisfação dos clientes (Sitzia & Wood, 1997).

Foi demonstrada a relação entre variáveis estruturais relacionados com os enfermeiros e os resultados nos clientes, nomeadamente ao nível da sua capacidade de autocuidado, status funcional e antecipação da alta hospitalar (Doran D. , et al., 2006) bem como a perspetiva de que a diversidade das intervenções está associada à variabilidade da obtenção de resultados, podendo ser mutuamente influenciados pelas características do cliente, o que aponta para a necessidade de estudar a relação recíproca entre resultados e as intervenções de enfermagem.

Corroborando esta perspetiva, Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie, e Doran (2013), descrevem uma multiplicidade de influências mútuas entre as dimensões de estrutura, processo e resultado, contrapondo a perspetiva anterior de que o NREM se desenvolvia apenas numa estrutura de linearidade, ilustrando uma nova abordagem ecológica de reciprocidade entre as dimensões estrutura,

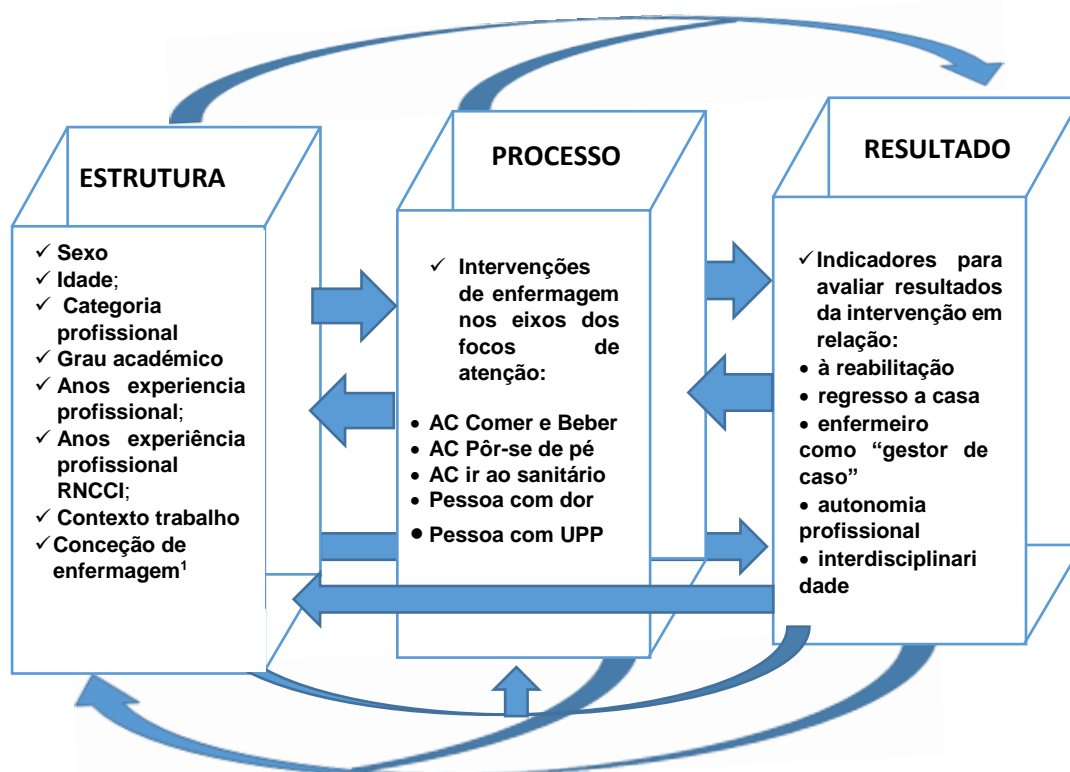
processo e resultado (Sundstrom, De Meuse, & Futrell, 1990). No mesmo sentido emerge ainda necessidade de evidenciar a relação dos resultados com fatores estruturais e de processo (Hall, Doran, & Pink, 2004; Doran, et al., 2006; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013).

Partindo destas premissas, que vêm adjuvar a compreensão do fenômeno em estudo, pretendemos compreender a influência das variáveis de estrutura e de processo na obtenção de resultados sensíveis em enfermagem e a influência das variáveis de processo e de resultado nas variáveis estruturais, nomeadamente na *Conceção de enfermagem* que os enfermeiros aparentemente demonstram.

Perspetivamos que o potencial das intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros enquanto resposta às necessidades da pessoa idosa se enraízem na *Conceção de enfermagem* que os enfermeiros detêm assim como na obtenção de resultados sensíveis à sua intervenção.

Desenvolvemos o modelo de pesquisa (Figura 5) alicerçado concetualmente no *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM). Paralelamente, mobilizando as relações conceptualmente possíveis da autora em associação com as evidências referidas em epígrafe – este esquema ilustra o que pretendemos pesquisar – as eventuais relações entre diferentes dimensões sendo que o conteúdo de cada uma delas traduz a mobilização daquilo que é adaptado a este contexto de investigação, atendendo-se no entanto que este modelo de pesquisa não contraria a essência do modelo teórico (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Figura 5 – Modelo de pesquisa do estudo



Fonte: Adaptado de Doran, 2011

As teorias de Deficit de autocuidado (Orem, 2001) e das Transições (Meleis, 2011), assim como a mobilização do NREM (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998), constituem como já referimos a matriz concetual de estrutura e sustentabilidade para o desenvolvimento do estudo.

Neste enquadramento assumimos a identificação de indicadores de resultados empíricos, agrupados em três categorias: os que evidenciam a estrutura (*Conceção de enfermagem*), os que refletem o processo (*Processo de interação*

¹ Doran (2011) considera as variáveis de estrutura relacionadas com o enfermeiro enquanto o seu grau académico e experiência profissional, enquanto conhecimento e níveis de habilidade, sendo nossa pretensão que a *Conceção de enfermagem* que o enfermeiro possui seja considerado como variável estrutural e não apenas o grau académico ou experiência profissional de que este seja detentor.

nos autocuidados) e os que traduzem os resultados (*Avaliação de resultados*), contextualizados na área de prestação de cuidados no âmbito da RNCCI (Ordem dos enfermeiros, 2009) cuja análise nos remete para um paralelismo com o processo de cuidados enquanto processo de interação onde o centro de interesse é o cliente e onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2006a).

No cruzamento destas duas perspetivas, e valorizando na categoria **estrutura** as variáveis relacionadas com o conhecimento do enfermeiro (Doran, 2011), pretendemos clarificar a natureza e organização do mesmo, no sentido de dar visibilidade à forma como aquele descreve, explica e prevê os fenómenos relativos à disciplina de enfermagem; assumimos assim nesta categoria a **Conceção de enfermagem**, enquanto etapa do processo de cuidados referido em epígrafe.

Relativamente ao **processo**, enfatizamos o domínio independente e interdependente preconizado pelas autoras (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998), procurando explorar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de transição situacional saúde/doença em que os clientes se encontram. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher (2000) o autocuidado realizado pelo cliente bem como a necessidade de reconstrução do mesmo, enquanto processo de transição implicam mudança de papéis (organizacionais, de estados de saúde, evolutivas no ciclo vital).

Tais premissas remetem-nos para a necessidade de explorar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interação entre estes e os clientes, mas também com outros atores no processo de cuidados (Amendoeira, 2006a), assumindo-se assim a designação de **Processo de interação nos autocuidados**.

Nesta linha de raciocínio e no que se refere aos **resultados** que fornecem a evidência da efetividade dos cuidados de Enfermagem (Doran, et al., 2006), estes relacionam-se de forma estreita com as intervenções desenvolvidas com os clientes e os resultados verificados pela sua implementação, imprescindíveis para a avaliação, monitorização e melhoria da qualidade em saúde (Donabedian, 2005). Pelo que se assume esta categoria com a designação de **Avaliação de resultados**.

Do ponto de vista da análise estatística dos dados estamos perante um Modelo de Regressão Linear Múltiplo (MRLM) e Modelo de Regressão Linear Simples (MRLS), onde neste último caso diversas variáveis independentes ou exógenas, permitem explicar ou prever o comportamento de variáveis dependentes ou endógenas (Pestana & Gageiro, 2005). Sendo a utilização do MRLM precedida por MRLS onde pretendemos explicar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem face às variáveis de estrutura e de processo, assim como perspetivarmos a determinação ou influência nas variáveis de estrutura tendo por base as variáveis de processo e de resultado.

3.2.1 - Definição de hipóteses

Face às variáveis identificadas e integradas no modelo anteriormente explicitado, apresentamos as hipóteses do estudo (Almeida & Freire, 2008; Grove, Burns, & Gray, 2013; Sampieri, Collado, & Lucio, 2013; Chinn & Kramer, 2008), centradas no modelo de pesquisa (Figura 5), onde o resultado hipoteticamente varia entre a *Conceção de enfermagem* enquanto variável de estrutura, o *Processo de interação de cuidados* enquanto variável de processo e *Avaliação de resultados* enquanto variável de resultado.

Hipóteses centradas na *Avaliação de resultados*:

Hipótese 1 – A *Conceção de enfermagem* é preditora da *Avaliação de resultados*;

Hipótese 2 – O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor da *Avaliação de resultados*;

Hipótese 3 – A *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados* são preditores da *Avaliação de resultados*.

Hipóteses centradas no *Processo de interação nos autocuidados*:

Hipótese 4 – A *Conceção de enfermagem* é preditora do *Processo de interação nos autocuidados*;

Hipótese 5 – A *Avaliação de resultados* é preditora do *Processo de interação nos autocuidados*;

Hipótese 6 - A *Conceção de enfermagem* e a *Avaliação de resultados* são preditores do *Processo de interação nos autocuidados*.

Hipóteses centrada na *Conceção de enfermagem*:

Hipótese 7 – A *Avaliação de resultados* é preditora da *Conceção de enfermagem*;

Hipótese 8 - O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor da *Conceção de enfermagem*;

Hipótese 9 - O *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados* são preditores da *Conceção de enfermagem*.

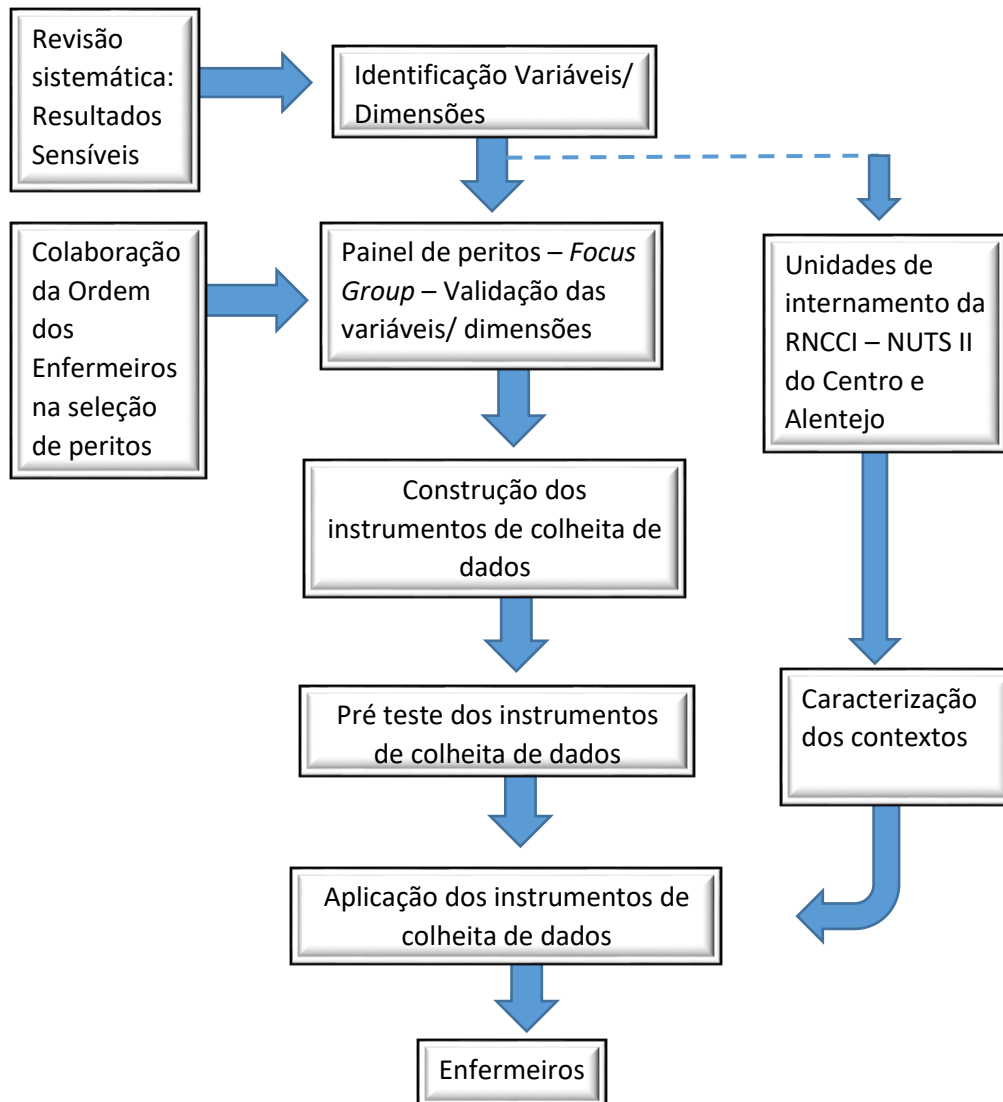
3.3 - ESTRUTURA DE PESQUISA

Percorremos quatro etapas: escolha do desenho da investigação; definição da população e da amostra; escolha de métodos de colheita de dados e a elaboração de instrumentos, tratamento e análise dos mesmos. De forma ilustrativa apresentamos de seguida esquematicamente e de forma integral todo o percurso metodológico desenvolvido.

Iniciamos o percurso com a realização de uma revisão sistemática da literatura (Rosa, Amendoeira, & Martins, 2015b), com o objetivo principal de identificar instrumentos de colheita de dados acerca de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, dimensões/variáveis que nos permitissem a construção de um instrumento caso ele não existisse. Os resultados desta revisão sistemática de literatura não nos permitiram a identificação de instrumentos de colheita de dados, dimensões/variáveis, pelo que desenvolvemos o percurso de acordo com o esquema seguinte (Figura 6).

Neste sentido apresentamos os dois estudos estruturantes, que desenvolvemos com implementação sequencial, onde foram utilizadas diferentes técnicas de colheita de dados, análise e metodologias diversas de âmbito quantitativo e qualitativo.

Figura 6 - Fases do percurso investigativo



O estudo 1: “Intervenções de enfermagem em Cuidados Continuados Integrados” foi desenvolvido com o intuito da caracterização socio profissional dos enfermeiros que desenvolviam atividades em unidades de internamento da RNCCI em estudo, assim como a identificação das intervenções de enfermagem mais frequentemente desenvolvidas por tipologia de internamento. A população neste estudo foram todos os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional em unidades de internamento da RNCCI - NUTS II do Centro e Alentejo, sendo o acesso ao campo efetuado após autorização da coordenadora nacional da RNCCI e das direções das próprias unidades de internamento (Anexo 3). Como técnica de

colheita de dados, recorreremos a um questionário já utilizado no âmbito da Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS), após autorização para a sua mobilização neste estudo.

O estudo 2: “Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem – Perceção dos enfermeiros” foi realizado também em unidades de internamento da RNCCI – NUTS II do Centro e Alentejo, com o objetivo de identificar as intervenções que os enfermeiros desenvolvem face a determinadas áreas, decorrentes da análise compreensiva dos dados do estudo 1, assim como a sua perceção acerca dos resultados obtidos com a sua implementação. A população integrou também todos os enfermeiros que desenvolvem atividades no âmbito das unidades de internamento da RNCCI - NUTS II do Centro e Alentejo, tendo sido desenvolvido um questionário para aplicar a todos os enfermeiros destas unidades de internamento, consubstanciado nos resultados do estudo 1 assim como nos resultados da técnica de *focus group* desenvolvida com peritos na área.

Após a sistematização dos procedimentos éticos, descrevemos a população/amostra de cada estudo, a forma de acesso ao campo assim como os instrumentos de colheita de dados utilizados.

3.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Na fase inicial deste estudo desenvolvemos vários procedimentos no sentido do cumprimento das componentes ética e legal que envolvem comportamentos humanos e instituições organizativas.

O tipo de estudo que desenvolvemos não desvirtua a integridade dos participantes, neste caso dos enfermeiros, sendo sua comprovação ética efetuada através de parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (Projeto nº 065/2014), no início do percurso investigativo (Anexo 4).

Após o parecer positivo para a realização do estudo em unidades da RNCCI pela coordenadora nacional da RNCCI (Anexo 1), foi posteriormente solicitada autorização formal aos responsáveis por cada unidade incluída no estudo, tendo sido autorizada a realização do estudo nas mesmas (Anexo 3).

No que se refere aos sujeitos, foi efetuado um pedido de consentimento informado para a sua participação, no qual constavam os objetivos e âmbito do estudo, ressaltando o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer fase em que este se encontrasse, sem qualquer dano ou prejuízo para o próprio (Anexo 5). Também no que se refere ao questionário disponibilizado online, para preenchimento pelos enfermeiros coordenadores das unidades, estas premissas foram tidas em conta, assegurando-se assim que a recolha de dados apenas fosse realizada após estes procedimentos ético-legais. Dado que este instrumento foi adaptado de outro já utilizado no âmbito da UMIS, o pedido para a sua utilização foi efetuado anteriormente aos autores.

Asseguramos ainda que os dados recolhidos tiveram como único objetivo a construção da base de dados para o desenvolvimento deste estudo.

3.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

No tratamento dos dados referentes à realização da técnica de *focus group* que adjuvou a construção do Instrumento de Colheita de dados (ICD), recorremos à análise de conteúdo organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2011). Constituiu-se como *corpus* de análise a transcrição do decurso do *focus group* e efetuamos análise lexical do mesmo com recurso ao programa informático NVivo10, considerando para tal como unidade de registo a palavra enquanto unidade de significação de nível semântico e a frase como unidade de contexto. Com recurso ao *software Microsoft Office 2013* foi efetuada a descontextualização das mesmas pela regra do recorte no sentido da perceção do sentido da expressão da palavra no contexto – sentido semântico e a possibilidade do seu agrupamento, sem desvirtuar o sentido enunciado pelos participantes no *focus group*. Recorremos ainda à “constelação de atributos” (Bardin, 2011), de forma a introduzir uma ordem suplementar reveladora de uma estrutura interna das unidades de significação (*palavras plenas/agregadoras*).

O tratamento dos dados oriundos do questionário aplicado aos enfermeiros foi efetuado informaticamente com recurso ao programa de tratamento estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows*, versão 22.0.

A estatística utilizada foi de âmbito descritivo, correlacional e inferencial. Numa fase inicial os dados foram explorados com recurso à estatística descritiva através de medidas de dispersão e tendência central (Marôco, 2014), teste *t*, coeficiente de correlação de Pearson (*r*), que indica o grau/ força e a direção da relação e associação entre duas variáveis e o coeficiente de determinação (R^2) através da análise de regressão linear na tentativa da explicação da forma de relação entre as variáveis em estudo (Marôco, 2014; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Pelo facto de recorrermos à utilização de testes paramétricos, consideramos determinante o “teorema do limite central” que permite que a não verificação da normalidade da distribuição não coloca em causa o estudo que estamos a desenvolver, atendendo ao tamanho da amostra: > 100 (Laureano, 2013; Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento de colheita de dados construído, no que se refere à validade de constructo, foi realizada análise fatorial exploratória, com rotação ortogonal pelo método varimax, precedida pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett, que demonstraram que a análise fatorial teria validade pela qualidade das correlações entre as variáveis em estudo. O valor de KMO pode variar de zero a um, sendo que valores iguais ou próximos a zero indicam que a soma das correlações parciais dos itens avaliados é bastante alta em relação à soma das correlações totais estando nestes casos, desaconselhada a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2014).

Consideramos na análise como valores de referência os que apresentamos no quadro 8.

Quadro 8– Valores de KMO

KMO	Análise fatorial
1 – 0,9	Muito Boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Média
0,6 – 0,7	Razoável
0,5 – 0,6	Má
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Pestana e Gageiro, 2008

Encontramos no estudo, em relação às secções do instrumento construído valores a oscilar entre 0,831 e 0,792.

O teste de Esfericidade de Bartlett, baseado na distribuição estatística de “chi quadrado” testa a hipótese (nula H_0) de que não há correlação entre as variáveis. (Pereira, 2004). Considera-se que valores de significância maiores que 0,100, indicam que os dados não são adequados para o tratamento com o método de análise fatorial, que a hipótese nula não pode ser rejeitada. Já valores menores que o indicado permitem rejeitar a hipótese nula (Hair, Black, Babin, & Andreson, 2009; Pestana & Gageiro, 2014). No presente estudo, o valor da significância do teste de Bartlett, foi de 0,000, o que confirma a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados.

A análise da consistência interna foi determinada através do cálculo do Alpha de Cronbach, que verifica a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com o mesmo número de itens, que meçam as mesmas características, variando o seu valor entre 0 e 1 sendo encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste (Marôco, 2014). É também a medida mais utilizada para a verificação de consistência interna em escalas de Likert (Pestana & Gageiro, 2014). Foram ainda calculadas medidas descritivas gerais, bem como correlações de cada item com o total da escala excluindo o próprio item.

No sentido da determinação das variáveis que explicam o fenómeno em estudo recorreremos à regressão linear simples e múltipla pelo método *stepwise*. Os pressupostos do modelo de regressão foram analisados, nomeadamente a ausência de multicolinearidade das variáveis independentes (*Tolerância* > 0,48 e *Variance Inflation Factor* (VIF) < 2,73), ausência de correlação entre os resíduos (*Durbin-Watson* 1,82 a 2,08) e existência de homocedasticidade dos resíduos (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

O nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de $p < 0,05$.

No que se refere às questões abertas recorreremos à análise de conteúdo, considerando como unidade de registo a frase e como unidade de contexto a resposta fornecida pelos enfermeiros.

Procedemos posteriormente ao seu agrupamento e classificação em categorias, por questão efetuada, segundo o sentido dos elementos de significação

das respostas, obedecendo a critérios de exclusividade, objetividade, adequação e pertinência (Bardin, 2011). A validade e fidelidade da codificação efetuada na designação das categorias e da sua construção foi efetuada por dois peritos externos (Amado, 2000; Elo & Kyngas, 2008). Os dados foram posteriormente sujeitos a análise quantitativa através do programa estatístico de análise de dados SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 22.0, sendo submetidos a medidas de estatística descritiva.

PARTE III

Apresentamos os dois estudos estruturantes desenvolvidos sequencialmente. O estudo 1: “Intervenções de enfermagem em cuidados Continuados Integrados” e o estudo 2: “Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem – percepção dos enfermeiros”. Apresentamos a população/amostra, acesso ao campo, procedimentos de colheita de dados e técnicas utilizadas em cada um deles assim como o tratamento, apresentação e análise dos dados.

4 - ESTUDO 1 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Este estudo organizou-se a partir de um questionário aplicado aos enfermeiros coordenadores das unidades de cuidados continuados, com caracterização socio profissional dos enfermeiros e a identificação das intervenções realizadas com maior frequência. Concetualmente integra-se na caracterização da componente estrutura e processo (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

População/ amostra e acesso ao campo

Para o acesso às unidades de internamento da RNCCI, foi efetuado um pedido formal à Direção de cada uma das 10 unidades de internamento (NUTS II do Centro e Alentejo), que comportam 16 tipologias de cuidados, sendo que 8 unidades (80%) se mostraram disponíveis para colaborar no estudo. Assim a amostra relativamente aos enfermeiros das unidades, foi constituída pelos

enfermeiros que desenvolvem atividades em 80% das unidades de internamento da RNCCI - NUTS II do Centro e Alentejo, abrangendo três tipologias de cuidados (Unidade de Convalescença n=1- 7,7%; Unidade de Média duração e reabilitação n= 5 – 38,4%; Unidade de Longa duração e manutenção n= 7 – 53,9%).

Procedimentos de colheita de dados/ Técnicas utilizadas

Após a autorização para acesso às unidades contactamos os respetivos enfermeiros coordenadores, no sentido de estes colaborarem enquanto pivôs na colheita de dados. A receptividade por parte destes foi muito positiva, disponibilizando-se para participarem e colaborarem no desenvolvimento do estudo. A sua participação inicial passou pelo preenchimento de um questionário *online*, com recurso à plataforma *Google drive*, por consideramos, após auscultação, que estes consideravam ser a forma mais facilitadora, com o objetivo de caracterizar os enfermeiros das unidades assim como identificar as intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas, por tipologia de cuidados.

O questionário aplicado (Anexo 6) resulta da adaptação de um instrumento de colheita de dados já validado e utilizado no desenvolvimento de um projeto de investigação da UMIS, da qual fazemos parte enquanto investigadores. O questionário é dividido em três blocos. O primeiro referente à identificação institucional, o segundo à caracterização organizacional/contexto contemplando a vertente dos recursos humanos com caracterização socio demográfica dos enfermeiros, nível de formação, qualificação, método de trabalho e a forma de registo da informação no serviço e o terceiro referente à identificação das intervenções de enfermagem mais desenvolvidas, por tipologia, sendo esta a variável integrada de novo no questionário original. A taxa de resposta obtida no preenchimento do questionário foi de 100% tendo sido aplicado nos meses de abril e maio de 2014.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Partindo dos resultados do questionário efetuamos a caracterização sócio demográfica dos enfermeiros que aí desenvolvem a sua atividade profissional, caracterizamos o nível de formação/qualificação, método de trabalho e a forma de registo da informação dos clientes na unidade (Tabela 1).

Os enfermeiros que desenvolviam atividades nas 8 unidades de internamento em estudo, no período da colheita de dados eram 102, sendo maioritariamente do sexo feminino, 82,5 % (n= 84). Relativamente ao grupo etário na sua maioria tinham idades inferiores a 30 anos (n= 76; 74,5%), sendo que apenas 6,9% apresentavam idades superiores a 40 anos. A maioria dos enfermeiros tinham como vínculo à instituição contrato por tempo indeterminado (n= 52; 51%), seguindo-se os enfermeiros com contrato a termo certo (n=15; 14,7). Apenas 6 enfermeiros (5,9%) apresentavam contrato a termo encontrando-se os restantes com outro tipo de vínculo contratual (17,6%).

A licenciatura surgiu como a formação académica mais preponderante (n= 94; 92,2%), existindo apenas 1 enfermeiro (1%) com o bacharelato. Relativamente a mestrado, 7 enfermeiros (6,9%) possuíam esta formação.

Eram na sua maioria enfermeiros de cuidados gerais (n= 96; 94,1%), possuindo um curso de especialização apenas 6 enfermeiros (6%), sendo as áreas de especialização em enfermagem comunitária (n= 2; 33,3%), enfermagem de saúde mental (n= 2; 33,3%) e enfermagem de reabilitação (n= 2; 33,3%). Em metade das unidades o método de trabalho utilizado era por equipa (n= 4; 50%), seguindo-se o de enfermeiro responsável (n= 3; 37,5%). O suporte de registo mais utilizado era a junção do registo em papel com o registo informático (n= 4; 50%), existindo 2 unidades (25%) onde o registo era exclusivamente em papel e outras 2 onde era exclusivamente informático (25%). Em metade das unidades o sistema de registo utilizado era o *Gestcare* – RNCCI (n= 4; 50%), existindo 37,5% das unidades (n= 3) com registo de suporte próprio. Quanto à taxonomia de enfermagem utilizada, a CIPE® surgiu como mais utilizada (n= 6; 75%), existindo ainda 2 unidades (25%), que referiram utilizar outra taxonomia (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização socio profissional dos enfermeiros

Caracterização socio demográfica	n	%	N
Sexo			
Feminino	84	82,5	102
Masculino	18	17,6	
Grupo etário			
>50 anos	2	2,0	102
40-49 anos	5	4,9	
30-49 anos	19	18,6	
< 30 anos	76	74,5	
Vínculo laboral			
Contratos a termo certo	15	14,7	102
Contratos por tempo indeterminado	52	51,0	
Contratos a termo	6	5,9	
Outros	18	17,6	
Formação Académica			
Bacharelato	1	1	102
Licenciatura	94	92,2	
Mestrado	7	6,9	
Doutoramento	0	0	
Formação profissional			
Cuidados gerais	96	94,1	102
Enfermeiro especialista	6	5,9	
Área de especialização			
Enfermagem Comunitária	2	33,3	6
Enfermagem Reabilitação	2	33,3	
Enfermagem Saúde Mental	2	33,3	
Método de trabalho			
Responsável	3	37,5	8
Equipa	4	50	
Individual	1	12,5	
Suporte de registo			
Papel e informático	4	50	8
Papel	2	25	
Informático	2	25	
Sistema de registo			
Gestcare	4	50	8
Próprio	3	37,5	
Excel	1	12,5	
Taxonomia			
CIPE®	6	75	8
Outra	2	25	

Em síntese, os enfermeiros que trabalham nas unidades da RNCCI, que aceitaram participar no estudo, segundo os seus enfermeiros coordenadores, são maioritariamente do sexo feminino (82,5%), têm idades inferiores a 30 anos (74,5%)

e como vínculo laboral possuem contratos por tempo indeterminado (51,0%). No que se refere à formação académica são licenciados (92,2%), sendo a sua formação profissional enfermeiro de cuidados gerais (94,1%).

4.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDAS

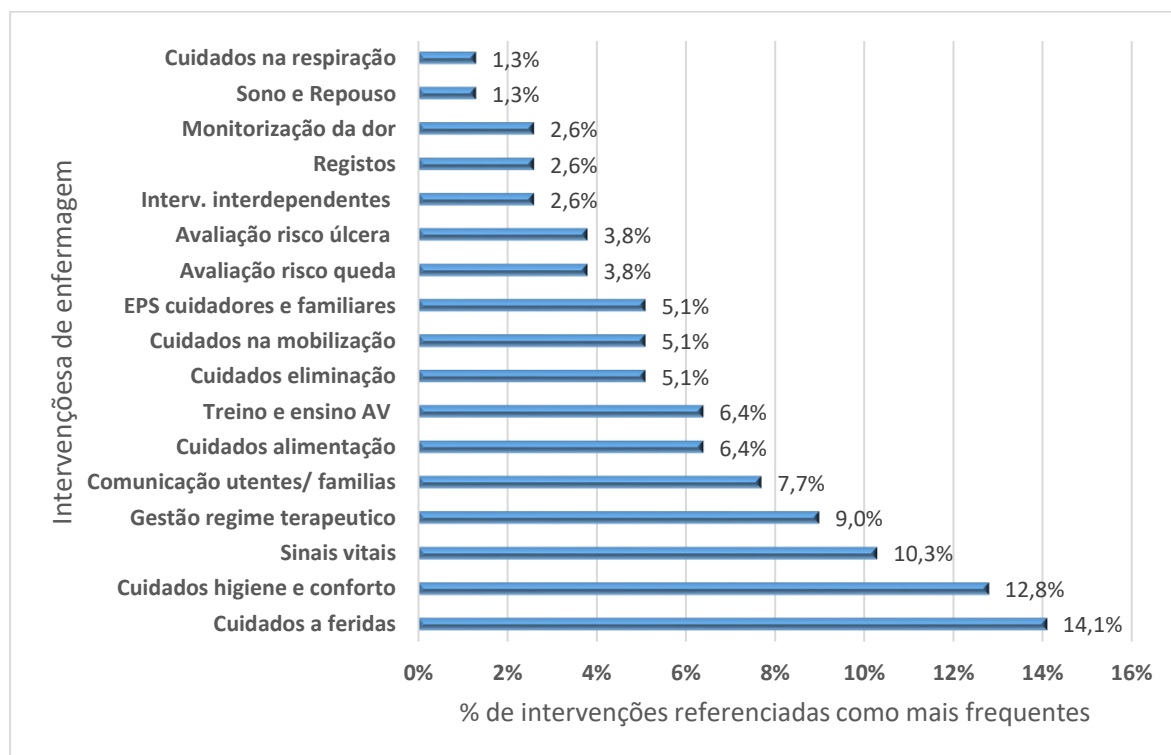
No questionário foram identificadas pelos enfermeiros coordenadores as seis intervenções de enfermagem mais desenvolvidas, por tipologia em cada unidade. Dos resultados obtidos salientamos globalmente a identificação de 17 tipos de intervenções de enfermagem, realizadas em cada unidade por tipologia, contabilizando um total de 78 intervenções.

Globalmente podemos verificar (Gráfico 1) que as intervenções mais referenciadas são no âmbito do cuidado com feridas (n= 11;14,1%) e dos cuidados de higiene e conforto (n= 10; 12,8%). A gestão do regime terapêutico e a avaliação de sinais vitais surgem logo de seguida com valores percentuais de 9% e 10,3% respetivamente. Evidenciam-se ainda a comunicação com clientes e suas famílias (n= 6; 7,7%), assim como o treino e ensino de atividades de vida (n= 5; 6,4%) e a educação para a saúde a familiares e cuidadores (n= 4; 5,1%). Os cuidados com alimentação, eliminação e mobilização dos clientes aparecem com valores percentuais entre 6,4% e 5,1%.

Com valores percentuais abaixo de 3,5% surgem intervenções relacionadas com a avaliação do risco de úlcera por pressão e de queda, monitorização da dor, cuidados com o sono e repouso e com a respiração.

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, onde se incluem as intervenções de enfermagem enumeradas, é registado numa plataforma de registo base multiprofissional, segundo uma determinada classificação sem taxonomia de enfermagem. Assim, ocorreu a necessidade de mediar estas intervenções tendo em conta o quadro concetual por nós adotado.

Gráfico 1 - Distribuição das intervenções de enfermagem mais frequentes nas unidades em estudo



Para Orem (2001), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações que contribuem de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano e é expresso através de ações denominadas de requisitos de autocuidado. São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Considera-se então que as intervenções de enfermagem que foram enumeradas se integram nos **requisitos universais de autocuidado** de Orem (2001), que se associam aos processos de vida e bem-estar das pessoas no global, que por exemplo passam pelos *cuidados com a alimentação*, prevenção de riscos (*Avaliação do risco de úlcera; Avaliação do risco de queda; Sinais Vitais*), *Cuidados na eliminação*, manutenção do equilíbrio *Sono e repouso*, promoção da funcionalidade (*Cuidados na mobilização; Treino e ensino de atividades de vida*) e

promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais (*Comunicação com cliente/ família; Educação para saúde a cuidadores e familiares*). **Nos requisitos de desenvolvimento** enquanto expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a eventos, especialmente na adaptação a mudanças físicas/dependência dos clientes internados em unidades da RNCCI. E nos **requisitos de desvio à saúde**, pois perante condições de doença ou lesões que condicionem mecanismos fisiológicos os requisitos de autocuidado surgem desse mesmo estado ou das medidas instituídas para o seu tratamento, sendo os cuidados no sentido da satisfação de autocuidado transformados em componentes de ação dos sistemas de autocuidado dos clientes dependentes.

Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher (2000) também consideram que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões, decorrente das transições, ao longo do ciclo vital.

Podemos considerar que as intervenções enumeradas se integram também ao nível das cinco intervenções de enfermagem com importância relevante para clientes idosos segundo Meleis (2011): **Avaliação de enfermagem** com a utilização de instrumentos de avaliação formal, no sentido da avaliação concreta do processo de transição e de possíveis alterações no decurso da mesma, importante tanto para a família como para as pessoas idosas (transversal a todas as intervenções enumeradas); **Reminiscência** que para a pessoa em transição proporciona uma ponte entre o passado e o presente, terminando uma fase de vida e entrando noutra (podendo incluir-se as intervenções relacionadas com a comunicação com cliente/família e a educação para a saúde a cuidadores e familiares); **Suplementação de papel** enquanto intervenção que facilita o processo de desenvolvimento de conhecimento e habilidades de forma contínua na nova situação com que o cliente se depara (o treino e ensino de AV'S); **Criação de ambiente saudável**, dinâmico e flexível e em sintonia com as necessidades do cliente e sua família (transversal a todas as intervenções enumeradas); **Mobilização de recursos** onde se incluem recursos pessoais, familiares e da comunidade com objetivo de facilitar a transição (a comunicação com cliente/família e a educação para a saúde a cuidadores e familiares).

Consideramos que as intervenções enumeradas se enraízam conceptualmente nas perspetivas de Orem (2001) e de Meleis (2011), que se complementam. Enquanto para Orem (2001) o desenvolvimento de intervenções de enfermagem relacionadas com o autocuidado se centra essencialmente a nível da adaptação/ensino ou substituição do cliente em intervenções mais relacionadas com a alteração de mudanças físicas e dependência no âmbito da manutenção da vida e do bem-estar, Meleis (2011) refere-nos intervenções específicas para o cuidar do idoso em processo de transição saúde/doença (particularizando na situação específica – cliente internado em contexto de RNCCI), que facilita ou proporciona o desenvolvimento de intervenções como as referidas anteriormente.

Tendo como base o *Nursing Role Effectiveness Model* (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), consideramos que relativamente à dimensão processo, todas as intervenções enumeradas se enquadram como intervenções independentes segundo o modelo, na sua componente processo. Transpondo para a realidade portuguesa, consideramo-las ao nível das intervenções autónomas (Decreto -Lei nº 104/ 98 de 21 abril, 1998) pois são realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com a sua qualificação profissional.

Enquanto variáveis de processo nestas intervenções independentes, Doran, Sidani, Keatings, & Doidge (2002) salientam a educação do cliente como a intervenção independente mais evidenciada na literatura para estimar os efeitos da intervenção do enfermeiro em resultados, sendo esta intervenção referenciada em estratégias de autocuidado e gestão de sintomas. Neste sentido as intervenções referenciadas: *treino e ensino de atividades de vida, educação para a saúde a cuidadores e familiares, gestão do regime terapêutico e monitorização da dor*, estão em sintonia com esta abordagem.

No que respeita à linguagem classificada em enfermagem, as intervenções enumeradas inserem-se ao nível de cinco dos domínios da classificação NIC (*Nursing Interventions Classification*): fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança e família. Podemos ainda considerar-se de forma integrada e não específica os domínios do sistema de saúde e da comunidade, pois estes estão na base de toda a filosofia inerente à RNCCI, tal como apresentamos no quadro 9.

Segundo a NIC (Bulechek, Butcher, & Joanne, 2010), a intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do cliente.

Das intervenções enumeradas, 47,1% (n= 8) são do domínio básico (Cuidados na mobilização, Cuidados na eliminação, Cuidados na alimentação, Sono e repouso, Monitorização da dor, Treino e ensino de atividades de vida, Cuidados de Higiene e conforto), 17,6% (n= 3) do domínio fisiológico complexo (Cuidados a feridas, Cuidados na respiração, Avaliação do risco de úlcera por pressão), 11,8% (n= 2) intervenções pertencentes ao domínio fisiológico complexo e comportamental (Gestão do regime terapêutico), sendo que no âmbito do domínio da segurança e do domínio família, surgem intervenções de enfermagem também na mesma proporção (11,8%; n= 2).

Quadro 9 – Integração das intervenções de enfermagem identificadas segundo os domínios da NIC

Domínios NIC	Intervenções enfermagem
1 Fisiológico Básico	Cuidados na mobilização
	Cuidados na eliminação
	Cuidados na alimentação
	Sono e repouso
	Monitorização da dor
	Treino e ensino AV'S
	Cuidados de Higiene e conforto
2 Fisiológico Complexo	Cuidados a feridas
	Cuidados na respiração
	Avaliação do risco de úlcera
2 Fisiológico Complexo; 3 Comportamental	Gestão Regime Terapêutico
4 Segurança	Avaliação do risco de queda
	Sinais Vitais
5 Família	Comunicação com cliente/ família
	Educação para a saúde a cuidadores e familiares

As intervenções NIC estão relacionadas com os diagnósticos de enfermagem da NANDA (2015), onde o diagnóstico de enfermagem é definido

enquanto julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais que fornecem a base para uma terapia definitiva onde se pretendem alcançar resultados. Relacionam-se também com os resultados da classificação de resultados da NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2010). Com o desenvolvimento destas taxonomias a NANDA *International* (NANDA, 2015) desenvolveu uma terminologia comum *NANDA-NIC-NOC* (NNN), para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados.

A terminologia utilizada nestas classificações também compõe os termos que constituem a CIPE®, utilizada em Portugal e desenvolvida pelo ICN (*International Council of Nurses*), definida como uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem.

Assim ilustramos em anexo (Anexo 7) o movimento efetuado da relação de intervenções entre NIC e CIPE® versão *Beta 2* por ser esta versão atualmente utilizada em contextos da RNCCI (ICN, 2002).

4.2.1 – O processo de construção do Instrumento de colheita de dados

Da conjugação das intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas nas unidades em estudo, mobilizando os focos de atenção da CIPE® e intervenções NIC, passámos à etapa de questionar os enfermeiros acerca das intervenções que realizam para ir ao encontro das necessidades dos clientes, assim como dos resultados obtidos com a implementação das mesmas.

A revisão sistemática de literatura (Rosa, Amendoeira, & Martins, 2015b) não permitiu aceder a instrumentos de colheita de dados que pudéssemos utilizar ou adaptar face ao objetivo, pelo que decidimos recorrer a peritos para a construção do ICD, com recurso ao *focus group*.

Recorremos ao *focus group* por considerarmos a técnica mais adequada face aos objetivos delineados, permitindo-nos identificar áreas relevantes/domínios a incluir no instrumento de colheita de dados, assim como as dimensões que se relacionavam com cada domínio e a sua ordem de apresentação.

O *focus group* é definido como uma discussão em grupo planeada cuidadosamente, com o intuito de obter a percepção de cada um dos elementos que a compõem acerca de determinada temática, ocorrendo num ambiente adequado (Krueger & Casey, 2015). O desenvolvimento desta técnica proporciona riqueza e flexibilidade na recolha de dados, que por intermédio de um instrumento aplicado individualmente não seria possível, além de proporcionar ganhos pela espontaneidade e interação entre os participantes (Giovinazzo, 2001).

Com recurso a esta técnica pretende-se que o grupo de pessoas selecionadas explore e clarifique a sua opinião e posição relativamente a um determinado tema (Morgan & Krueger, 1993). No entanto o *focus group* pode ser utilizado para além de compilar a opinião em profundidade dos seus elementos, para revelar características do grupo e dos indivíduos que o compõem, no sentido de entender como pensam e porque fazem de determinada forma (Kitzinger, 2013; Flick, 2009; Freeman, 2006; Ivanoff & Hultberg, 2006; Bryman, 2012). Em suma esta técnica permite abordar temas em profundidade sendo reveladas características dos seus elementos que por intermédio de outra técnica seria difícil de alcançar.

A combinação desta técnica com outras poderá ocorrer em diferentes fases da investigação, sendo que no presente estudo ocorreu com o objetivo major do contributo para a construção de questões do questionário (Krueger & Casey, 2015; Stewart & Shamdasani, 2015; Bryman, 2012).

Planeamento

No planeamento do *focus group* tivemos em conta diversas etapas relacionadas com aspetos tais como, a definição dos objetivos do *focus* e a sua relação com os objetivos da própria pesquisa, onde conjugamos sinergicamente os objetivos da pesquisa com os objetivos pretendidos para o desenvolvimento desta estratégia. A estruturação do momento foi planeada tendo em conta um guião orientador organizado segundo 4 itens principais: introdução, legitimação do *focus group*, desenvolvimento e conclusão, sendo delineado um Plano/Roteiro para o desenvolvimento de cada um destes itens (Anexo 8). Destacamos na fase do desenvolvimento, a apresentação da finalidade e objetivos do estudo, a contextualização da fase do processo investigativo, o destaque aos objetivos do

focus group e a elaboração das questões estímulo à discussão com os respetivos indicadores.

As questões foram planeadas numa estratégia de “funil” (Morgan, 1993), onde a complexidade das questões colocadas ao grupo vai aumentando, “afunilando-se” a partir de questões mais generalistas onde é expectável que os participantes iniciem o seu discurso de forma gradual (Krueger & Casey, 2015).

Preparação

Nesta fase da realização do *focus group*, consideramos a seleção dos participantes e as condições logísticas para a sua realização. Como critério de seleção seguimos o critério geral do equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade (Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2015). A homogeneidade dos grupos é importante no que se refere a determinados parâmetros que se considerem relevantes face à pesquisa a desenvolver, no entanto poderão ser favorecidos pela heterogeneidade, garantindo-se diferentes perceções face à temática. Selecionamos enfermeiros cujo desempenho profissional estivesse relacionado com o contexto de pesquisa – RNCCI, no sentido de que a homogeneidade proporcionasse reconhecimento da área em estudo evitando opiniões extremamente divergentes; no entanto pretendíamos que a seleção abrangesse elementos com diversas áreas de responsabilidade da RNCCI. Assim, a seleção abrangeu elementos desde a conceção desta filosofia de trabalho, passando por diferentes níveis de gestão (coordenação da equipa coordenadora local e elemento de equipa de gestão de alta hospitalar), até aos que desenvolvem o processo de cuidados de enfermagem.

Tendo em conta estes critérios, contactamos 12 enfermeiros no sentido da integração do *focus group* (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). O primeiro contato foi efetuado telefonicamente para auscultar a disponibilidade para participar assim como a forma de envio de pedido formal com toda a explicitação do que se pretendia com esta estratégia. Todos os enfermeiros concordaram em participar, sendo enviada toda a documentação considerada necessária para que se inteirassem dos objetivos e âmbito desta reunião, assim como do período previsto para a sua realização, tendo ocorrido contato telefónico prévio à realização do *focus group*.

Na escolha do local para a realização dos *focus group*, procuramos a acessibilidade para todos, optando-se pela Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) enquanto local que gerou mais consenso entre os participantes.

Moderação

Como o propósito do *focus group* é promover a discussão entre os participantes, isso só será possível se estes se sentirem confortáveis no sentido de expressarem a sua opinião (Krueger & Casey, 2015). Assim, enquanto moderador, optamos por tentar não emitir julgamentos, ouvindo e questionando no sentido de conduzir ou reconduzir a discussão face ao objetivo. Tivemos ainda como apoio um auxiliar de moderação (Krueger & Casey, 2015), que geriu o equipamento de gravação, esteve atento às condições logísticas e do ambiente físico e tomou notas acerca da discussão do grupo (Morgan, 1993; Stewart & Shamdasani, 2015).

Desenvolvimento

A sessão ocorreu no dia 12 de dezembro de 2014, na sala de reuniões da ESSS, tal como planeado, no período de tempo previsto e sem interrupções no seu decurso. Os participantes foram muito interventivos expressando as suas opiniões e vivências face aos estímulos propostos pelo moderador. Existiu discussão acerca de todas as questões efetuadas, conseguindo-se corresponder aos indicadores propostos. Os participantes assinaram também o consentimento informado com permissão para a utilização dos dados exclusivamente para esta investigação, com garantia de confidencialidade e anonimato (Anexo 9).

Na sessão utilizamos mais do que um gravador áudio no sentido da captação de todas as interações do decurso da sessão de *focus group* (McParland & Flowers, 2012).

Análise

Procedeu-se à análise do corpus resultante da transcrição da gravação áudio que foi complementado com as notas recolhidas aquando da moderação, tais como

expressões faciais e gestos, essenciais na interpretação e decodificação das mensagens transmitidas pelos participantes, constituindo-se o *corpus de análise*.

A análise dos dados do *focus group* poderá ser efetuada de várias formas, no entanto a sistematização e o rigor devem estar presentes (Bloor, Frankland, Thomas, & Stewart, 2001). Neste sentido optamos por seguir as etapas propostas por Bardin (2011) para a análise de dados organizada em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise organizamos todo o material a ser analisado com o objetivo de o tornar mais operacional, sistematizando as ideias primárias. Iniciamos com leitura flutuante, de todo o corpus, tomando contacto próximo com o mesmo, obtendo-se as primeiras impressões tendo em conta a conceção teórica subjacente.

Numa fase inicial da exploração da análise dos dados aplicamos o teste de associação de palavras, segundo Bardin (2011), com as devidas adaptações à realidade estudada. Seleccionamos este método de análise, pois apesar da técnica utilizada para recolha de dados ser um *focus group*, fizemos surgir espontaneamente dos participantes, respostas relativas, a partir não de palavras indutoras, como refere Bardin (2011), mas a partir de questões estímulo.

Consideramos enquanto unidade de registo a palavra como unidade de significação de nível semântico, recorrendo ao programa informático NVivo 10 efetuámos análise lexical de todo o corpus com a identificação de todas as unidades semânticas, assim como a sua frequência. Obtivemos um conjunto heterogéneo de unidades semânticas que classificamos em *palavras plenas* (portadoras de sentido) e *palavras instrumento* (palavras funcionais de ligação como artigos ou preposições) (Bardin, 2011), valorizando aquelas que se pudessem constituir em dimensões importantes tendo em conta as intervenções de enfermagem desenvolvidas, sendo que a partir daqui as palavras plenas se constituíram como alvo essencial da nossa atenção, obtendo-se numa primeira fase 190 palavras *plenas* e respetivas frequências de ocorrência.

A partir destas foi necessário introduzir uma ordem, no sentido de as reunir e agrupar, nomeadamente palavras sinónimas ou com proximidade semântica, não as desguarnecendo de critérios de agrupamento. Assim e tendo em conta que a unidade de contexto que consideramos foi a frase, extraímos do corpus de análise

todos os excertos onde as *palavras plenas* estavam referenciadas, com recurso ao *software Microsoft 2010*. Submetemos palavra a palavra, das 190 *palavras plenas*, ao corpus em análise em formato digital, através da opção localizar, obtendo-se as palavras e as frases onde as mesmas foram referenciadas efetuando a descontextualização através da regra do recorte.

Apesar de longa esta fase da análise permitiu-nos obter a percepção do sentido da expressão da palavra no contexto – sentido semântico e a possibilidade do seu agrupamento, sem desvirtuar o sentido enunciado pelos participantes no *focus group*. Após este movimento, associamos palavras, por aproximações semânticas ligeiras, obtendo-se nesta fase final 29 *palavras plenas*, com as respetivas frequências de ocorrência, prevalecendo a palavra cuja frequência de ocorrência fosse mais elevada, considerada por nós como *palavra agregadora*. A valorização das unidades de enumeração das *palavras plenas* constitui-se essencial pois pretendíamos perceber a intensidade pela frequência com que eram referenciadas pelos participantes do *focus group*.

Representamos agora de forma esquemática através da “constelação de atributos” (Bardin, 2011) as *palavras plenas/palavras agregadoras* tendo em conta a sua frequência por ordem decrescente do centro para a periferia, tendo em conta o objeto em análise. Optamos por aglutinar as respostas a todas as questões numa só constelação pois aquando do desenvolvimento do *focus group* muitas respostas foram transversais às questões estímulo efetuadas, daí ser facilitadora a representação esquemática global das respostas obtidas.

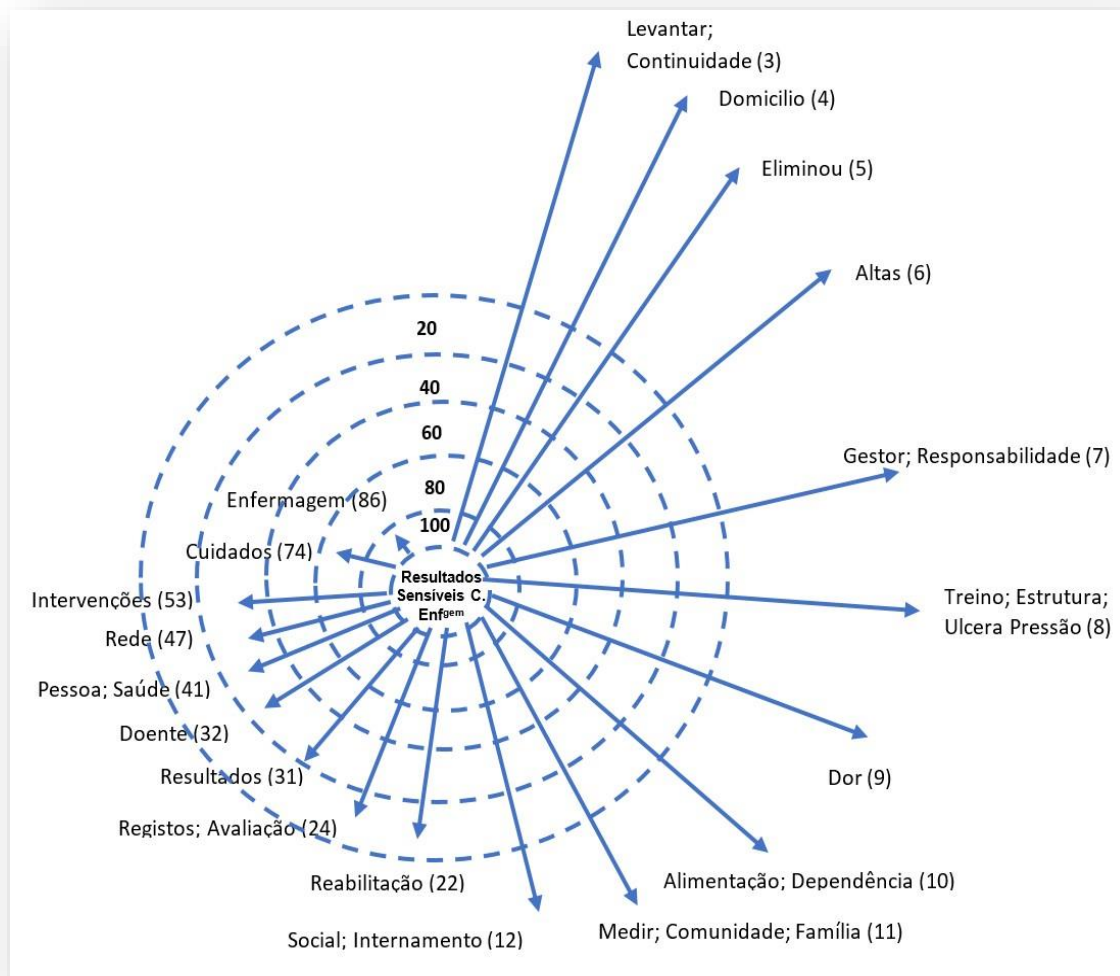
Pareceu-nos fundamental após a percepção das *palavras plenas/agregadoras*, da sua frequência de ocorrência e aproximação ao tema central em estudo, classificar as unidades de significação, introduzindo uma ordem suplementar reveladora de uma estrutura interna (Bardin, 2011), optando pela “constelação de atributos” (Figura 7).

A cada *palavra agregadora* (integra todas as palavras plenas relacionadas), fizemos corresponder todas as expressões que as continham, atribuindo-lhes um sentido mais lato mediado pelo enquadramento teórico/concetual (Anexo 10).

Associando este sentido atribuído à análise constelar da distribuição das *palavras plenas/agregadoras*, verificamos que as mais “fortes” em termos de associação ao tema central em estudo nos permitem referir que a *enfermagem*, com o desenvolvimento de *intervenções* que visam *cuidar do cliente*, efetuadas em

rede, poderão permitir a *Avaliação de resultados* no que se refere à sua *reabilitação*, seguindo-se a importância de *medir* esses resultados tendo em conta o desenvolvimento de atividades relacionadas com diferentes áreas de atuação de enfermagem nestes contextos de *internamento* (*alimentação, dor, úlcera por pressão, treino/ ensino, eliminar e levantar*) (Rosa, Amendoeira, & Martins, 2015a).

Figura 7 - “Constelação de atributos” – palavras plenas/ agregadoras

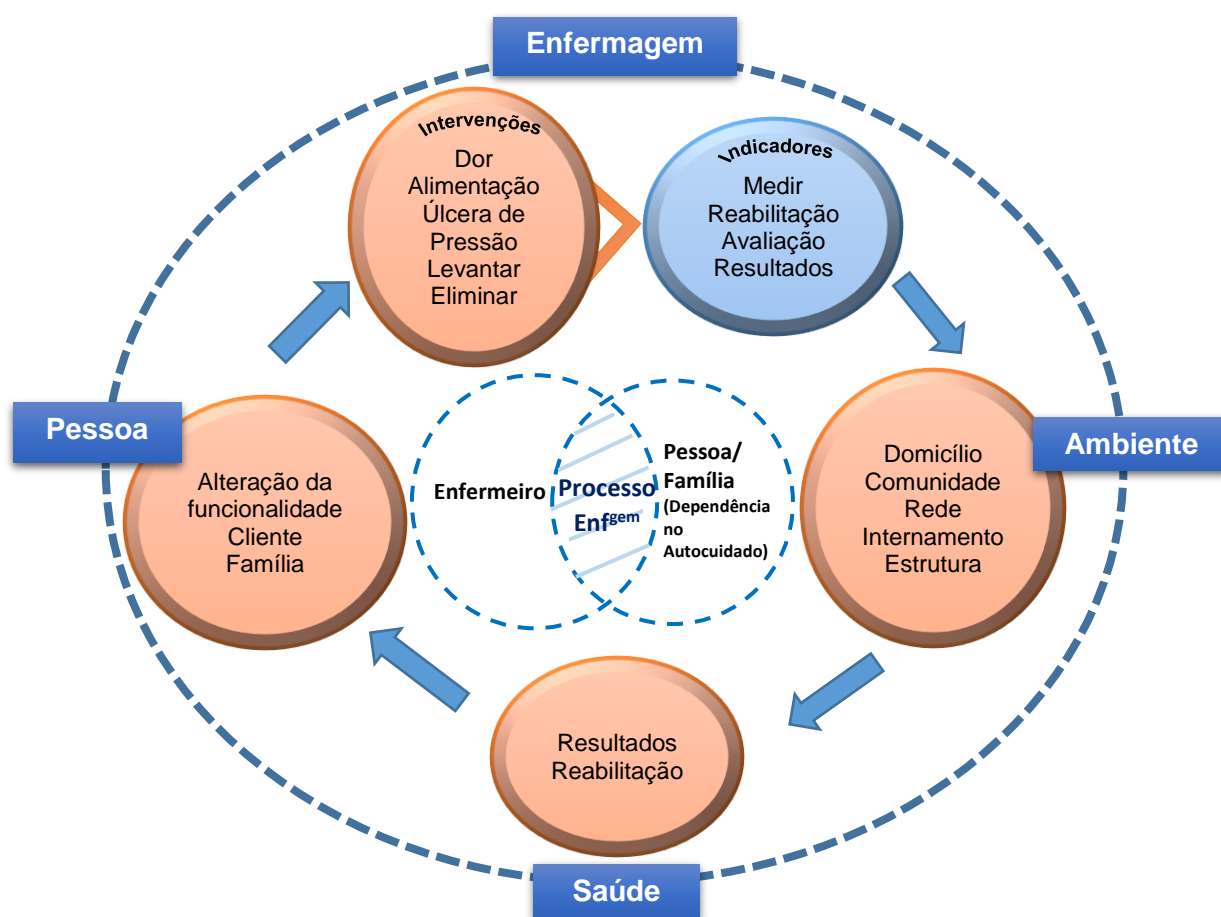


Fonte: Adaptado de Bardin, 2011

Procurámos seguidamente perceber como poderíamos transformar estas palavras e os respetivos sentidos em dimensões organizadoras do questionário, para atingirmos os objetivos do estudo.

Considerando a premissa de que o desenvolvimento da prática clínica em enfermagem se enraíza estruturalmente numa conceção teórica (Queirós, 2014) e partindo da constelação anterior, consideramos pertinente prosseguir a análise com a identificação de intervenções e indicadores, num enquadramento metaparadigmático (Figura 8)

Figura 8 – A mediação do processo de enfermagem entre a teoria e a prática



A pessoa é considerada como um todo, numa vertente multidimensional (Kérouac, Pepin, & Ducharme, 2010), em conjugação com a família, sendo a busca do equilíbrio pelo restabelecimento/adaptação da alteração da funcionalidade, da sua dependência uma premissa para aumentar a qualidade da sua vida.

A saúde pode ser entendida como a experiência vivida por cada pessoa/família na busca da sua realização, tendo em conta o seu potencial de

recuperação (Kérouac, Pepin, & Ducharme, 2010), sendo os resultados decorrentes da reabilitação face ao processo de saúde/doença com que se deparam neste contexto de cuidados específico – RNCCI, a obtenção de ganhos em saúde.

O ambiente entendido como o universo do qual a pessoa faz parte enquanto sistema aberto que proporciona estímulos externos quer a nível pessoal quer a nível mais global integrando as estruturas político económicas da sociedade em que a pessoa/ família se insere podendo ser visto como fonte de recursos adjuvante da pessoa na sua recuperação, manutenção ou reinserção face ao desenvolvimento do seu potencial de saúde (Kérouac, Pepin, & Ducharme, 2010). Neste caso específico podemos identificá-lo enquanto rede de apoio, quer no domínio da comunidade ou próprio domicílio da pessoa quer em contexto de internamento.

A enfermagem envolve uma interação de parceria entre enfermeiro e pessoa face às necessidades desta com o objetivo major de que atinja o seu máximo potencial na manutenção ou recuperação da saúde reduzindo ou minimizando os efeitos da doença. Neste âmbito foram identificadas intervenções específicas a desenvolver face a determinados autocuidados assim como indicadores face a essas intervenções.

Procuramos ainda perceber como os enfermeiros avaliam as necessidades das pessoas, como ajuízam essas necessidades enunciando diagnósticos de enfermagem, como planeiam e executam as respetivas intervenções bem como são avaliados os resultados após a execução.

Este movimento permitiu organizar o ICD em dimensões e categorias, sendo que a metodologia científica – processo de enfermagem (avaliação, planeamento, execução e avaliação final) se constituiu o fio condutor transversal a todas as dimensões do mesmo (Anexo 11).

A opção pela metodologia científica - processo de enfermagem (Alfaro-Lefevre, 2014) emerge enquanto organizador, relacionado com o quotidiano, sendo visível que a mesma não se limita a uma ação rotineira, mas sim a algo que tem sempre um ponto de partida (avaliação), seguida das restantes etapas do processo de enfermagem, na sua organização.

5 – ESTUDO 2 – INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Neste estudo a orientação teórico metodológica, assente no modelo de pesquisa (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), na dimensão processo permite-nos, com base na análise das intervenções de enfermagem anteriormente analisadas, transitar para a realidade que os enfermeiros operacionalizam, na expectativa da obtenção de resultados.

Apresentamos o processo sequencial da construção do instrumento de colheita de dados, o estudo preliminar e a implementação deste no terreno

5.1 - ESTRUTURAÇÃO CONCEPTUAL DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados foi sendo construído nomeadamente a partir da temática e dos objetivos do estudo, bem como da conceção teórica e do desenvolvimento do estudo 1: “Intervenções de enfermagem em Cuidados Continuados Integrados”.

A elaboração do questionário baseou-se em decisões fundamentais para a sua elaboração, das quais destacamos:

Planear o que vai ser medido; Formular as perguntas para obter as informações necessárias; Definir o texto, a ordem das perguntas e o aspeto visual do questionário; Testar o questionário, utilizando uma amostra, em relação a omissões e ambiguidade; caso necessário, corrigir o problema e fazer novo pré-teste (Aaker, Kumar, Leone, & Day, 2013).

O questionário foi organizado em três secções: *Conceção de enfermagem*; *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultado*, tendo por base a conceção teórica subjacente ao estudo.

A Teoria do Déficit de Autocuidado (Orem, 2001), essencialmente na premissa de que quando os indivíduos não têm capacidade para o autocuidado,

essa responsabilidade é assegurada por outrem, como familiares ou por profissionais de enfermagem, sendo estes designados por *therapeutical self-care agent*.

Também os requisitos de autocuidado, foram considerados como centrais ao desenvolvimento deste instrumento enquanto ações desenvolvidas ou a desenvolver hipoteticamente para a regulação do funcionamento e do desenvolvimento humano. Constituem-se como propósitos na gestão ou manutenção de aspetos relacionados com o desenvolvimento humano, em prol da vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado universais consideramo-los transversalmente à construção do ICD, enquanto requisitos comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida, devendo para tal ser observados enquanto dimensões interrelacionadas (Orem, 2001).

A construção do ICD teve também como perspetiva integrativa a perceção de Meleis (2011) acerca da importância da compreensão da multidimensionalidade do cliente relativamente às suas experiências de saúde/doença, reconhecendo a importância da singularidade e individualidade dos cuidados prestados, no alcançar de resultados, como status funcional e autocuidado.

Relativamente à primeira secção – *Conceção de enfermagem* – pretendemos conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da valorização da avaliação das necessidades dos clientes na sua prática clínica e da valorização atribuída às etapas do processo de enfermagem, na sua ação de autocuidado apelando à ação de autocuidado de domínio cognitivo (Orem, 2001), tais como a necessidade de conhecimento da condição de saúde dos clientes e das suas habilidades e potencialidades para cumprirem a ação de autocuidado, necessárias a todo este processo.

Na segunda secção – *Processo de interação nos autocuidados* - evidencia-se os sentidos atribuídos às intervenções de enfermagem no âmbito dos diferentes autocuidados, referenciados como mais relevantes aquando do estudo 1 (autocuidado comer/beber; autocuidado pôr-se de pé; autocuidado ir ao sanitário) e da intervenção no cliente com Dor e Úlcera por Pressão. Neste sentido os requisitos de desvio de saúde (Orem, 2001), são considerados fulcrais pois desenvolvem-se com clientes doentes ou com alterações na sua situação de saúde, determinando muitas vezes as necessidades de cuidados de enfermagem

concretos no processo de doença. Os cuidados inerentes à satisfação das exigências do desvio de autocuidado são precursores das componentes de ação dos sistemas de autocuidado, sendo a sua complexidade proporcional às exigências do desvio de saúde que devem ser satisfeitos em períodos de tempo específicos, tendo como recurso agentes de autocuidado terapêutico (Orem, 2001).

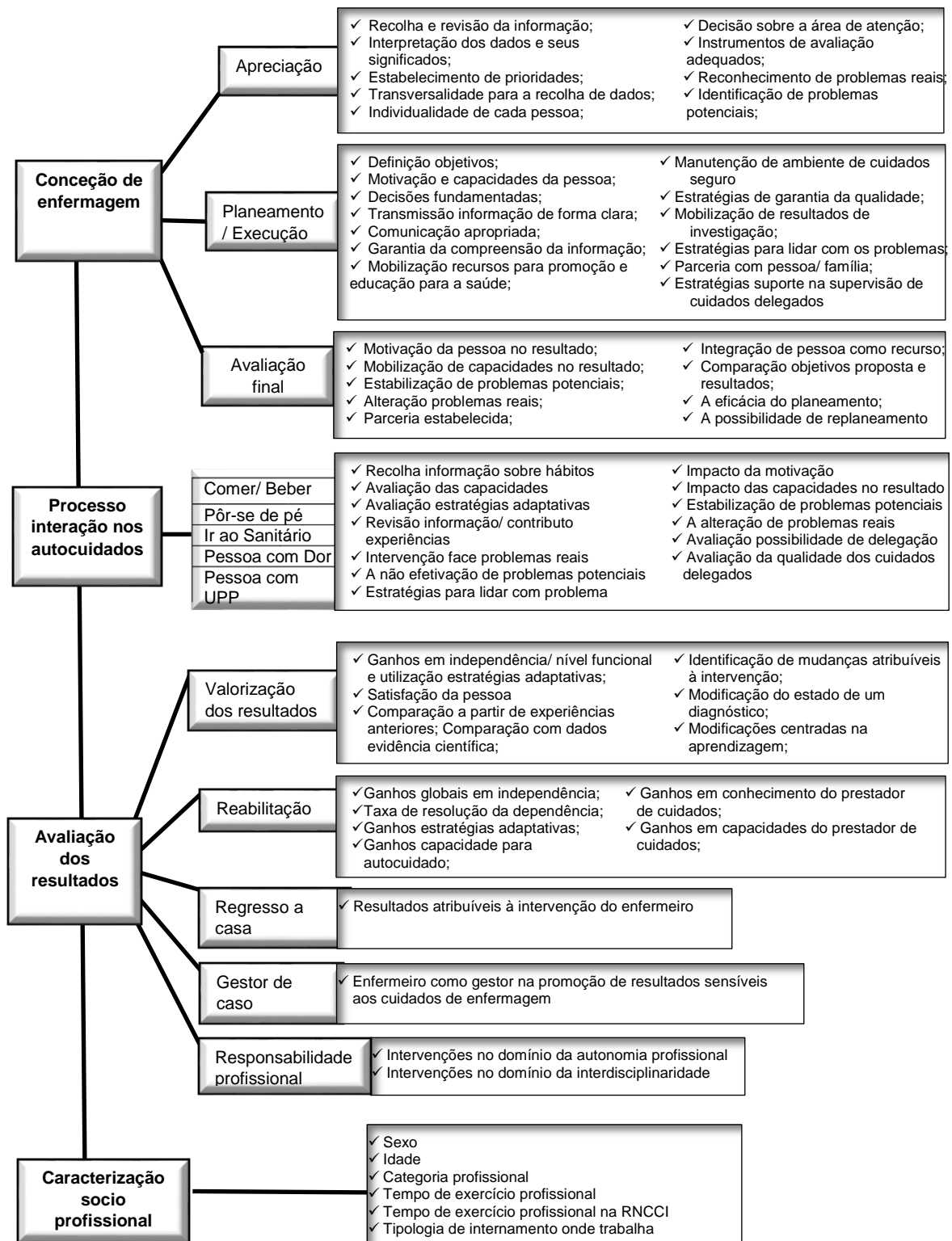
Na terceira secção – *Avaliação de resultados* - procurou-se conhecer a valorização atribuída aos indicadores de *Avaliação de resultados* decorrentes da intervenção dos enfermeiros assim como a perspetiva destes face aos resultados de alta sensibilidade à intervenção de enfermagem. Inclui-se ainda nesta secção a valorização dos resultados inerentes aos processos de reabilitação dos clientes e relativos à preparação do regresso a casa atribuíveis à intervenção específica do enfermeiro. Os resultados que os enfermeiros esperam, decorrentes das intervenções que desenvolvem com os clientes centram-se essencialmente na capacidade destes desempenharem ações e desenvolverem comportamentos que visem a obtenção de ganhos em saúde, podendo considerar-se assim o autocuidado, como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Orem, 2001). Pretendeu-se ainda nesta secção conhecer a perspetiva do enfermeiro face à relevância do papel de gestor de caso na promoção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem assim como a importância das intervenções autónomas e interdependentes nestes mesmos resultados.

A última parte constitui-se em variáveis de caracterização socio profissional da população em estudo (Anexo 11; Figura 9).

O questionário é constituído por questões fechadas, no sentido da objetividade e da facilidade de resposta por parte dos enfermeiros e por questões abertas, onde os mesmos têm liberdade de resposta, podendo ser redigida pelos próprios. As questões abertas surgem essencialmente no sentido da complementaridade das respostas dadas nas questões fechadas no sentido da obtenção de informação qualitativa complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida (Hill & Hill, 2012).

As escalas de medição dos aspetos inerentes às questões fechadas foram essencialmente elaboradas com recurso a escala de *Likert* com séries de 5 proposições do *nunca* ao *sempre*, sendo ainda adicionado a opção neutra *não sabe/ não responde*. O tipo de variável oscilou entre ordinal, nominal e de intervalo.

Figura 9 – Estrutura do questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros



O instrumento de colheita de dados assume o estatuto de **Escala de Indicadores para os resultados sensíveis em enfermagem (IRSE)**, constituída por três subescalas interrelacionadas, pois partimos de um questionário multidimensional (Moreira, 2009) com um conjunto de questões, de itens que se associaram com sentido teórico concetual e tridimensional (*Conceção de enfermagem; Processo de interação nos autocuidados; Avaliação de resultados*) sendo que nesta fase pretendemos medir determinadas características numa população específica, neste caso de enfermeiros (Moreira, 2009).

Para a construção da escala, o contributo de especialistas foi um fator determinante para assegurar a qualidade desse mesmo instrumento (Potaka & Cochrane, 2004; Hill & Hill, 2012). Assim, no desenvolvimento da escala preliminar, constituiu-se como adjuvante a apreciação de um painel de especialistas acerca da sua relevância, clareza, assim como compreensão das questões, acerca da escala de respostas utilizada, do *layout* e das instruções de preenchimento. Estes especialistas abrangeram diversos contextos de atuação, com experiência em contextos da RNCCI, quer pela operacionalidade direta enquanto enfermeiros em unidades de internamento da RNCCI, especialistas de âmbito académico com trabalho desenvolvido nesta área, assim como investigadores e formadores no ensino superior que possuíam também experiência na construção e validação de questionários. De referir que estes especialistas até então não estavam envolvidos na construção do questionário, salvaguardando a existência de vieses.

5.1.1 - Estudo preliminar

Esta fase do estudo teve como objetivo *major* a determinação da qualidade de perceção das questões da escala por parte da população alvo – enfermeiros a desenvolver atividades em unidades de internamento da RNCCI (Hill & Hill, 2012).

O desenvolvimento do estudo preliminar permite a revisão do questionário com base nos dados alcançados (Tuckman, 2012).

Tratou-se então de um estudo de pequena escala com o intuito de fornecer informação relevante para a investigação principal (Hill & Hill, 2012).

Antes de proceder ao estudo preliminar em si, foi solicitado a dois enfermeiros, fora da população alvo que procedessem ao autopreenchimento do

questionário, no sentido da identificação de possíveis dificuldades no seu preenchimento. Após os pequenos ajustes fundamentalmente no que se referia ao *layout* do mesmo, iniciou-se a aplicação dos questionários.

Após autorização, foram enviados 103 questionários para 6 unidades de cuidados continuados integrados de internamento, não coincidentes com a área geográfica do estudo, constituindo-se, no entanto, esta população semelhante à do estudo principal.

Recolhemos 72 questionários preenchidos, obtendo-se uma taxa média de resposta de 70%, sendo que por unidade a taxa de resposta variou entre 100% e 56,2%.

A amostra considerando-se pequena é, no entanto, representativa tal como referem Hill & Hill (2012), que indicam como adequada uma amostra de pelo menos 50 pessoas.

O questionário auto preenchido foi aplicado pelos enfermeiros coordenadores das unidades de cuidados continuados, mediante instruções concretas e objetivas.

Após o preenchimento do questionário os enfermeiros foram convidados pelo enfermeiro coordenador a darem a sua opinião acerca do mesmo no que se refere nomeadamente a algum problema no preenchimento. Não obtivemos feedback acerca de nenhum problema identificado.

Tal como nos referem Hill & Hill (2012), passamos à análise simples dos dados do questionário.

As não respostas por Subescala relativamente a cada questão fechada, oscilaram entre 0% ($n = 0$) e 8,3% ($n = 6$). Podemos ainda referir-se que apenas uma das questões, apresentou uma não resposta de 8,3%, sendo as não respostas nas restantes questões inferiores ou iguais a 6,9% ($n = 5$). No que se refere às questões abertas a taxa de não resposta, por questão oscilou entre os 19,4% ($n = 14$) e os 38,9% ($n = 28$) (Anexo12).

Os dados foram introduzidos e processados com recurso ao programa de análise estatística SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, na versão 22.0. Relativamente às questões abertas considerámos o sentido atribuído às mesmas, sustentado no referencial teórico subjacente.

Após esta análise podemos concluir, face à elevada taxa de preenchimento do questionário (Hill & Hill, 2012), que os enfermeiros respondentes interpretaram

quer os itens formulados enquanto respostas de escolha múltipla, quer o pretendido com as questões abertas, de forma adequada, prosseguindo com o questionário para o estudo final.

5.2 – COLHEITA DE DADOS COM RECURSO À ESCALA DE INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM (IRSE)

Na sequência do estudo preliminar avançamos para a implementação do questionário no terreno, descrevendo de seguida os procedimentos inerentes a esta etapa.

População/ amostra e acesso ao campo

Para o acesso às unidades de internamento da RNCCI - NUTS II do Centro e Alentejo, foi reforçado telefonicamente o pedido formal efetuado anteriormente aquando do estudo 1, à direção de cada uma das 8 unidades de internamento que concordaram participar no estudo. A amostra relativamente aos enfermeiros das unidades, foi constituída pelos enfermeiros que desenvolvem atividades em 80% das unidades de internamento da RNCCI, abrangendo três tipologias de cuidados (Unidade de Convalescença n=1- 7,7%; Unidade de Média duração e reabilitação n= 5 – 38,4%; Longa duração e manutenção n= 7 – 53,9%).

Procedimentos de colheita de dados/ Técnicas utilizadas

Num segundo momento e após reforço da autorização para acesso às unidades contatamos os enfermeiros coordenadores de cada uma delas, no sentido destes colaborarem enquanto pivôs na colheita de dados, em continuidade com o que já tinha acontecido no estudo 1. No entanto neste estudo, pretendemos que os enfermeiros coordenadores distribuíssem pelos enfermeiros das suas unidades os questionários, notificando-nos de alguma dificuldade no preenchimento do mesmo. A recetividade por parte destes foi igualmente positiva, disponibilizando-se para colaborar no desenvolvimento do estudo 2, contatando-nos assim que os questionários estivessem preenchidos.

A taxa de resposta obtida no preenchimento do questionário foi de 79% tendo sido aplicado nos meses de junho e julho 2015.

5.3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS – ESCALA DE INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM (IRSE)

Expomos de seguida os resultados obtidos com a aplicação da escala de indicadores de resultado sensíveis em enfermagem, nomeadamente a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes, assim como as propriedades psicométricas.

5.3.1 – Caracterização socioprofissional dos participantes

Participaram neste estudo 152 enfermeiros que desenvolvem atividades em unidades de internamento da RNCCI. São maioritariamente do sexo feminino (82,9%; n=126) com idades compreendidas entre 22 e 55 anos. A média de idades é de 30 anos (DP= 7,89) e a mediana de 28 anos. 67,8% (n= 103) têm idades inferiores a 30 anos, sendo que apenas 3,5% apresentam idades superiores a 40 anos. A licenciatura surge como a formação académica mais preponderante (n= 142; 93,4%), existindo apenas 7 enfermeiros (4,6%) com mestrado. São na sua maioria enfermeiros de cuidados gerais (n= 145; 95,4%) e 3 enfermeiros (2%) são detentores de um curso de especialização (Tabela 2).

No que se refere ao tempo de exercício profissional, 92,8% (n= 141) dos enfermeiros referem ter até 9 anos de exercício profissional, sendo de salientar que 47,4% (n= 72), referem ter até 4 anos e 15,8% (n= 24), ainda não completaram um ano de exercício profissional (Tabela 2).

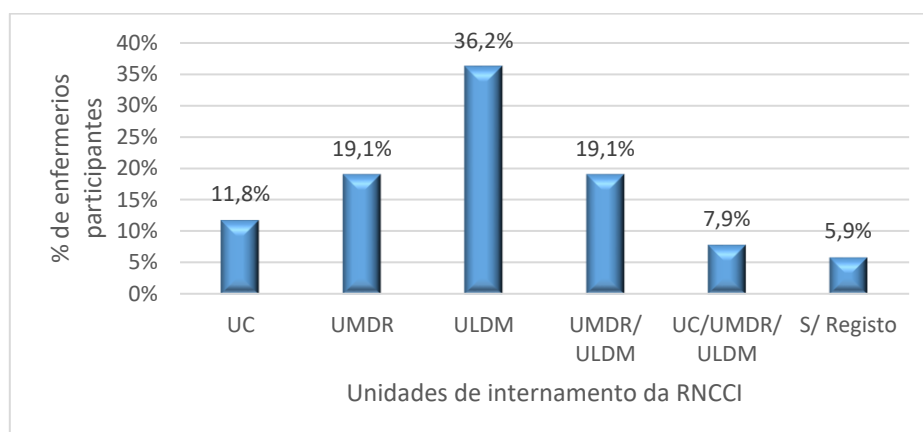
Em relação ao tempo de exercício profissional em contexto específico da RNCCI, a maioria dos enfermeiros refere ter como tempo de exercício profissional até 4 anos (66, 4%; n= 101), sendo importante referenciar que 28,3% (n= 43) dos enfermeiros ainda não completou um ano de exercício profissional (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos enfermeiros participantes

Caracterização socio demográfica	n	%
Sexo		
Feminino	126	82,9
Masculino	25	16,4
Sem registo	1	0,7
Grupo etário (anos)		
[20 - 24]	32	21,0
[25 - 29]	71	46,7
[30 - 34]	37	24,3
[35 - 39]	5	3,2
[40 - 44]	2	1,4
[45 - 49]	1	0,7
[50 - 54]	1	0,7
[55 - 59]	1	0,7
Sem registo	2	1,3
Formação académica		
Licenciatura	142	93,4
Mestrado	7	4,6
Sem registo	3	2,0
Categoria profissional		
Enfermeiro	145	95,4
Enfermeiro especialista	3	2,0
Sem registo	4	2,6
Anos de exercício profissional		
[0 - 4]	72	47,4
[5 - 9]	69	45,4
[10 - 14]	4	2,6
[15 - 19]	4	2,6
[20 - 24]	1	0,7
Sem Registo	2	1,3
Anos de exercício profissional na RNCCI		
[0 - 4]	101	66,4
[5 - 9]	48	31,6
[10 - 14]	1	0,7
Sem Registo	2	1,3

Relativamente à distribuição dos enfermeiros participantes por tipologia da RNCCI onde desenvolvem atividades (Gráfico 2), constatamos que a sua maioria exerce atividades em apenas uma tipologia de cuidados (67,1%; n= 102), sendo a mais representativa a ULDM (36,2%; n= 55); seguem-se os enfermeiros que desenvolvem atividades em UMDR (29; n= 19,1%). De salientar que os enfermeiros que referem desenvolver atividades em mais do que uma tipologia de cuidados, a sua maioria fá-lo em UMDR e ULDM (27%; n= 41).

Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros participantes por tipologia de cuidados



Verificamos ainda que existe uma correlação positiva e significativa entre o sexo e o grau académico ($r= 0,575$; $p=0,00$), sendo as enfermeiras que possuem grau académico mais elevado, neste caso mestrado.

Os anos de exercício profissional estão correlacionados de forma forte com a idade dos enfermeiros sendo que quanto mais idade, mais anos de exercício profissional os enfermeiros têm ($r= 0,842$; $p=0,00$), assim como os anos de experiência profissional na RNCCI, têm uma relação moderada com a idade dos enfermeiros ($r= 0,493$; $p=0,00$).

Também quanto mais experiência profissional os enfermeiros têm, mais tempo de experiência profissional na RNCCI têm ($r= 0,561$; $p=0,00$).

Das correlações significativas encontradas destacamos a relação positiva, apesar de fraca entre os enfermeiros que desenvolvem atividades em mais do que uma tipologia da RNCCI, e a idade ($r= 0,191$; $p=0,00$).

5.3.2 – Características métricas dos resultados – questões fechadas

Na análise psicométrica dos resultados da “IRSE” realizamos análise de fidelidade e validade, iniciando pela análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2005; Loureiro, Ferreira, & Fernandes, 2010; Marôco, 2014; Grove, Burns, & Gray, 2013). A fidelidade e a validade são critérios essenciais à premissa de que um instrumento seja útil na medição ou monitorização de resultados em enfermagem (Doran, 2011).

A determinação da fidelidade do instrumento foi efetuada através do cálculo da consistência interna, certificando-nos que as correlações de cada item com todos os restantes itens (correlação item-total), apresentasse valores de pelo menos 0,300, permitindo assim garantir mais homogeneidade e estabilidade à escala pelo incremento do valor de *Alpha*. Consideramos ainda como valor mínimo para a inclusão das variáveis extraídas por fator, no que se refere às comunalidades um valor mínimo de 0,300.

Ressalvamos ainda que a decisão acerca da inclusão dos itens por fator obedeceu à relação entre o seu peso fatorial e a sua importância teórica/concetual, pois tal como referencia Marôco (2014), em ciências da saúde, não há itens verdadeiramente independentes (Marôco, 2014).

Relativamente à validade de constructo recorremos à análise fatorial exploratória, com rotação ortogonal, sendo o critério de retenção dos fatores aqueles que apresentassem valores próprios iniciais ≥ 1 , acompanhada pela observação gráfica do *scree plot*.

Efetuamos análise fatorial às três Subescalas já referenciadas (Subescala *Conceção de enfermagem*; Subescala *Processo de interação nos autocuidados*; Subescala *Avaliação de resultados*). Preliminarmente efetuaram-se os procedimentos estatísticos recomendados que sugerem a proporção de variância dos itens que podem estar a ser explicada por uma variável latente (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011) – Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de esfericidade de Bartlett (TEB).

Assim relativamente aos dados, para cada Subescala, obtivemos comunalidades acima de 0,50, sendo os valores de KMO considerados médios e bons (Pestana & Gageiro, 2008) e o valor da significância relativa ao TEB de 0,000. Podemos assim concluir que os dados são adequados para o tratamento/ análise com o método de análise fatorial (Quadro 10).

Quadro 10 – Teste KMO e TEB por Subescala

Testes Blocos	(TEB)	KMO	Comunalidades
Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	2498,39; p=,000	,831	[,520 - ,820]
Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	8036,62; p=,000	,792	[,550 - ,866]
Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	1306,49; p=,000	,811	[,526 - ,910]

Subescala *Conceção de enfermagem*

Num primeiro momento a extração de fatores, com critério de extração com valores próximos > 1.0 , revelou 9 fatores, com explicação da variância total obtida de 67,05% e com valores de explicação de cada um dos fatores a oscilar entre 2,89% e 31,23%.

Porém, combinando o resultado da extração com o *scree plot*, atendendo à conceção teórica subjacente e relacionando-a com o conteúdo da Subescala *Conceção de enfermagem*, decidimos por 5 fatores, consoante os critérios inerentes à condução do processo de enfermagem proposto por Orem (2001): determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem.

Após a extração a 5 fatores e ao analisar as comunalidades, percebemos que um dos itens apresentava pouco peso fatorial (0,275) e outros dois saturavam em dois fatores simultaneamente, optando por excluí-los.

Relativamente à necessidade de articulação teórica com a validade de constructo, verificamos que um dos itens deveria passar de um fator para outro, sendo este “*A definição de objetivos*”, que inicialmente pertencia ao fator 3, mas que transferimos para o fator 4. Desta forma a confiabilidade do fator 4 aumentou de 0,70 para 0,73.

Assim, com esta solução obtivemos uma explicação da variância total de 55,07% e valores entre 4,39% e 31,23% de explicação de cada um dos componentes obtidos e um alfa de 0,94. Os itens mantidos obtiveram pesos fatoriais entre 0,789 e 0,439. Adicionalmente as comunalidades apresentaram valores razoáveis entre 0,40 e 0,67.

Na tabela 3, apresenta-se a matriz fatorial final relativa à Subescala *Conceção de enfermagem*, com a distribuição dos itens pelos 5 fatores, correspondendo a cada uma das dimensões, assim como a percentagem de variância explicada.

Tabela 3 – Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala *Conceção de enfermagem*

Dimensões/ Itens	1	2	3	4	5
Fator 1 - Avaliação da capacidade para o autocuidado					
O estabelecimento de parceria com a pessoa/família	,79				
O nível de parceria estabelecido com a pessoa/família	,74				
A mobilização de estratégias da pessoa/família	,71				
As estratégias da pessoa/família	,64				
A utilização de estratégias de garantia da qualidade/ gestão do risco	,59				
O nível de integração/inclusão da pessoa como recurso	,57				
A possibilidade da pessoa fazer opções/ tomar decisões adequadas	,56				
A mobilização de recursos para a promoção/ educação para a saúde	,54				
A manutenção de um ambiente de cuidados seguro	,50				
Estratégias de suporte na supervisão dos cuidados delegados	,50				
A utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais	,50				
A garantia que a pessoa/família compreende a informação	,49				
Fator 2 - Avaliação de recursos na valorização de resultados					
A identificação de problemas potenciais		,71			
O reconhecimento de problemas reais		,71			
Os instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais		,70			
A mobilização das capacidades da pessoa no resultado		,64			
A estabilização de problemas potenciais		,63			
A alteração de problemas reais		,63			
O estabelecimento de prioridades		,52			
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado		,44			
Fator 3 – Avaliação global da pessoa					
A transversalidade para a recolha de dados			,77		
A revisão da informação			,74		
A decisão sobre a área de atenção identificada			,73		
A interpretação dos dados e seus significados			,64		
Fator 4 – Planeamento da intervenção individualizada					
As capacidades da pessoa				,74	
O nível de motivação da pessoa				,60	
A recolha da informação				,58	
A definição de objetivos				,51	
Ajuíza e toma decisões fundamentadas				,45	
Fator 5 - Avaliação da intervenção					
A comparação entre os objetivos propostos e os resultados					,77
A possibilidade de replaneamento da intervenção					,69
A eficácia (efetividade) do planeamento					,63
Os resultados na pessoa					,55
% da Variância explicada (Total= 55, 07)	31,2	8,0	6,2	5,1	4,4
α (Total= ,94)	,89	,86	,80	,73	,78

Caracterizamos agora as dimensões encontradas e os sentidos atribuídos às mesmas, tendo em conta a abrangência teórico concetual do estudo,

nomeadamente a mobilização da Teoria das Transições de Meleis (2011) e da Teoria do deficit de Autocuidado de Orem (2001).

Fator 1 – Avaliação da capacidade para o autocuidado

Denota uma intenção com a valorização da capacidade individual, extensível ao envolvimento com a família.

Fator 2 - Avaliação de recursos na valorização de resultados

No processo de avaliação, os enfermeiros procuram a avaliação do potencial da pessoa face à intervenção de enfermagem.

Fator 3- Avaliação global da pessoa

Os itens agrupados nesta dimensão referem-se à transversalidade da informação.

Fator 4 – Planeamento da intervenção individualizada

É proposta nesta dimensão ênfase na individualização/ singularidade da pessoa.

Fator 5 – Avaliação da intervenção

A avaliação proposta nesta dimensão enfatiza os resultados.

Apresentamos ainda a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da subescala, assim como as médias e desvio-padrão, acrescentando os coeficientes de correlação entre o item e o total da escala (r_{itc}) e ainda o coeficiente alfa se o item fosse eliminado (Quadro 11). Salientamos que a média de respostas dos enfermeiros se situa acima de 4,03, indicando uma visão positiva dos enfermeiros acerca da *Conceção de enfermagem*, sendo que o desvio padrão não excede 0,769. Constata-se ainda que a exclusão de nenhum dos itens aumentaria o alfa da subescala, confirmando-se mais uma vez a confiabilidade da mesma.

Quadro 11 – Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Subescala *Conceção de enfermagem*

Valores em análise	Média	D P	r-ític	Alfa*
Itens da Subescala				
O estabelecimento de parceria com a pessoa/família	4,21	,705	,674	,874
O nível de parceria estabelecido com a pessoa/família	4,03	,734	,666	,875
A mobilização de estratégias da pessoa/família	4,11	,642	,645	,876
As estratégias da pessoa/família	4,05	,665	,597	,879
A utilização de estratégias de garantia da qualidade/ gestão do risco	4,29	,698	,601	,878
O nível de integração/inclusão da pessoa como recurso	4,12	,625	,566	,880
A possibilidade da pessoa fazer opções/ tomar decisões adequadas	4,24	,660	,510	,883
A mobilização de recursos para a promoção/ educação para a saúde	4,05	,758	,627	,877
A manutenção de um ambiente de cuidados seguro	4,64	,570	,584	,880
Estratégias de suporte na supervisão dos cuidados delegados	4,04	,755	,596	,879
A utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais	4,42	,570	,458	,886
A garantia que a pessoa/família compreende a informação	4,49	,575	,581	,880
A identificação de problemas potenciais	4,44	,628	,663	,837
O reconhecimento de problemas reais	4,62	,551	,589	,846
Os instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais	4,32	,717	,602	,844
A mobilização das capacidades da pessoa no resultado	4,31	,721	,676	,835
A estabilização de problemas potenciais	4,28	,673	,669	,836
A alteração de problemas reais	4,34	,709	,639	,839
O estabelecimento de prioridades	4,67	,471	,532	,852
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado	4,22	,660	,500	,855
A transversalidade para a recolha de dados	4,16	,741	,631	,744
A revisão da informação	4,20	,769	,689	,723
A decisão sobre a área de atenção identificada	4,53	,611	,500	,784
A interpretação dos dados e seus significados	4,42	,648	,620	,748
A definição de objetivos	4,38	,662	,470	,793
As capacidades da pessoa	4,72	,554	,575	,556
O nível de motivação da pessoa	4,27	,684	,458	,645
A recolha da informação	4,85	,354	,468	,647
Ajuíza e toma decisões fundamentadas	4,42	,615	,460	,629
A comparação entre os objetivos propostos e os resultados	4,24	,737	,737	,561
A possibilidade de replaneamento da intervenção	4,26	,695	,695	,621
A eficácia (efetividade) do planeamento	4,32	,637	,637	,633
Os resultados na pessoa	4,57	,560	,560	,534

Alfa* - "if item deleted"

Na sequência da validade da subescala calculamos um índice para cada um dos fatores encontrados, considerando-se como ponto neutro 2,5 (escala de 1 a 5), calculando a média para cada fator (Tabela 4), verificando-se que os enfermeiros

têm uma percepção claramente positiva em relação a todos os fatores encontrados, situando-se todos acima do ponto considerado neutro. Com destaque particular para o fator *Planeamento da intervenção individualizada*, cujo seu valor médio é 4,52.

Tabela 4 - Medidas de tendência central e de dispersão - fatores da Subescala *Conceção de enfermagem*

Fatores/ <i>Conceção de enfermagem</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Avaliação da capacidade para o autocuidado	143	2,58	5,00	4,23	,44
Avaliação de recursos na valorização de resultados	150	3,00	5,00	4,41	,44
Avaliação global da pessoa	142	2,50	5,00	4,34	,53
Planeamento da intervenção individualizada	148	3,40	5,00	4,52	,40
Avaliação da intervenção	151	3,00	5,00	4,34	,51

Relativamente ao Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) entre os itens de cada um dos 5 fatores (Tabela 5) obtivemos valores entre 0,678 ($p \leq 0,00$) e 0,875 ($p \leq 0,00$), num intervalo de confiança de 95%, reforçando-se assim os fatores extraídos e a sua constituição, sendo este coeficiente considerado satisfatório quando apresenta valores $\geq 0,4$ e excelente para valores $\geq 0,75$.

Tabela 5 – Coeficiente de correlação intraclassa – itens dos fatores Subescala *Conceção de enfermagem*

Fatores	CCI	Limite inferior	Limite Superior
Avaliação da capacidade para o autocuidado	,875	,840	,904
Avaliação de recursos na valorização de resultados	,847	,804	,883
Avaliação global da pessoa	,772	,696	,832
Planeamento da intervenção individualizada	,678	,561	,765
Avaliação da intervenção	,763	,689	,821

Efetuamos ainda a correlação entre os itens que compõem cada fator e ele próprio (Tabela 6), verificando-se que existem correlações significativas e positivas, moderadas e fortes, relativamente a cada um deles, justificando-se a agregação entre os itens em cada um dos fatores.

Tabela 6 – Correlação entre os itens e fatores da Subescala *Conceção de enfermagem*

Dimensões/ Itens	r
Avaliação da capacidade para o autocuidado	
O estabelecimento de parceria com a pessoa/família	,741
O nível de parceria estabelecido com a pessoa/família	,739
A mobilização de estratégias da pessoa/família	,713
As estratégias da pessoa/família	,675
A utilização de estratégias de garantia da qualidade/ gestão do risco	,682
O nível de integração/inclusão da pessoa como recurso	,641
A possibilidade da pessoa fazer opções/ tomar decisões adequadas	,599
A mobilização de recursos para a promoção/ educação para a saúde	,708
A manutenção de um ambiente de cuidados seguro	,654
Estratégias de suporte na supervisão dos cuidados delegados	,683
A utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais	,541
A garantia que a pessoa/família compreende a informação	,651
Avaliação de recursos na valorização de resultados	
A identificação de problemas potenciais	,755
O reconhecimento de problemas reais	,682
Os instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais	,714
A mobilização das capacidades da pessoa no resultado	,775
A estabilização de problemas potenciais	,766
A alteração de problemas reais	,746
O estabelecimento de prioridades	,623
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado	,628
Avaliação global da pessoa	
A transversalidade para a recolha de dados	,811
A revisão da informação	,837
A decisão sobre a área de atenção identificada	,698
A interpretação dos dados e seus significados	,790
A definição de objetivos	,470
Planeamento da intervenção individualizada	
As capacidades da pessoa	,721
O nível de motivação da pessoa	,740
A recolha da informação	,609
Ajuíza e toma decisões fundamentadas	,706
Avaliação da intervenção	
A comparação entre os objetivos propostos e os resultados	,783
A possibilidade de replaneamento da intervenção	,807
A eficácia (efetividade) do planeamento	,801
Os resultados na pessoa	,715

Legenda: * α - if item deleted

Igualmente verificamos a correlação entre os fatores encontrados, entre si e a Subescala *Conceção de enfermagem* - agrupamento dos fatores constituintes (Tabela 7), verificando-se que existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre todos os fatores da Subescala *Conceção de enfermagem* e ela própria (tabela 7). Apresentam correlações essencialmente fortes, à exceção da correlação entre a “*Avaliação global da pessoa*” ($r = 0,624$), considerada moderada. Os fatores que mais se relacionam com a subescala são a “*Avaliação da*

capacidade para o autocuidado” ($r= 0,869$) e “Avaliação de recursos na valorização de resultados” ($r= 0,824$).

Verifica-se ainda que a associação entre os fatores não é muito elevada, apresentando correlações fracas e moderadas, considerando-se que os conceitos em estudo são diferentes entre si, embora contribuindo para o conceito global, neste caso a *Conceção de enfermagem*.

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre os fatores da Subescala *Conceção de enfermagem* e a própria Subescala

	Avaliação da capacidade para o autocuidado	Avaliação de recursos na valorização de resultados	Avaliação global da pessoa	Planeamento da intervenção individualizada	Avaliação da intervenção
Avaliação da capacidade para o autocuidado	1				
Avaliação de recursos na valorização de resultados	,586** ,000	1			
Avaliação global da pessoa	,320** ,000	,480** ,000	1		
Planeamento da intervenção individualizada	,539** ,000	,511** ,000	,478** ,000	1	
Avaliação da intervenção	,584** ,000	,536** ,000	,317** ,000	,467** ,000	1
Conceção de enfermagem	,869** ,000	,824** ,000	,624** ,000	,712** ,000	,715** ,000

Em suma consideramos que em termos globais a **Subescala *Conceção de enfermagem***, apresenta valores psicométricos muito satisfatórios indicando ser uma subescala adequada para a avaliação da *Conceção de enfermagem* na perspetiva dos enfermeiros ($\alpha - 0,935$).

Da matriz fatorial emerge então uma estrutura multidimensional da *Conceção de enfermagem*, diferenciada em 5 fatores (Avaliação da capacidade para o autocuidado; Avaliação de recursos na valorização de resultados; Avaliação global da pessoa; Planeamento da intervenção individualizada; Avaliação da intervenção) com uma sequência lógica tradutora da gradualidade do processo de enfermagem, da avaliação inicial ao planeamento da intervenção e respetiva avaliação. O valor de alfa obtido por cada um dos fatores foi superior a 0,7 o que revela uma boa consistência interna dos itens em cada fator (Hill & Hill, 2012), assim

como o ICC que reforça a consistência dos itens nos fatores extraídos e a sua constituição ($>0,7$).

Evidenciam-se ainda as relações essencialmente fortes, existentes entre os itens que compõem cada fator.

Paralelamente, destaca-se a sobreponibilidade entre a concepção teórica subjacente à construção da subescala e a estruturação fatorial obtida, na perspectiva da valorização atribuída às etapas do processo de enfermagem, numa dimensão cognitiva (Orem, 2011), nomeadamente no que se refere à avaliação das habilidades e potencialidades da pessoa para o autocuidado.

Na perspectiva dos enfermeiros acerca da *Concepção de enfermagem*, o fator que obteve melhor poder de explicação foi a “*avaliação da capacidade para o autocuidado*” (% da variância explicada= 31, 2%).

Os resultados apontam para a valorização do conhecimento sobre a capacidade de autocuidado das pessoas em detrimento dos restantes fatores desta subescala; a este resultado associa-se uma fraca relação da “*avaliação da capacidade para o autocuidado*” com “*avaliação global da pessoa*” ($r= 0,320$), assim como com o fator “*avaliação da intervenção*” ($r= 0,317$). Esta perspectiva concetual tripartida da avaliação denota uma maior ênfase numa perspectiva mais funcionalista do autocuidado.

Concluimos assim que esta subescala demonstra ser um instrumento de medida fiável, válido e sensível.

Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

A extração de fatores, com o método varimax revelou 14 fatores que no seu conjunto explicavam 74,51% da variância total.

Porém, conjugando a estrutura fatorial obtida com o *scree plot*, verificamos uma inflexão no fator 7, pelo que optamos por efetuar nova análise com extração a 7 fatores. Assim, com esta solução obtivemos uma explicação da variância total de 59, 97% e com valores de explicação de cada componente entre 3,3% e 33,06%.

Assim, sem excluir nenhum dos itens obtivemos pesos fatoriais entre 0,94 e 0,4. Adicionalmente as comunalidades apresentaram valores razoáveis entre 0,74 e 0,21.

Na tabela 8, apresenta-se a matriz fatorial final relativa à Subescala *Processo de interação nos autocuidados*, com a distribuição dos itens pelos 7 fatores, assim como a percentagem de variância explicada.

Tabela 8 – Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Dimensões/ Itens	1	2	3	4	5	6	7
Fator 1- Integração do potencial e motivação da pessoa							
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,74						
Avaliação das estratégias adaptativas para lidar com a dor	,73						
A alteração de problemas reais relacionados com a dor	,69						
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a dor	,68						
Implementação de medidas de controlo/alívio da dor	,65						
Integração de técnicas não farmacológicas no alívio da dor	,64						
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado no âmbito da dor	,64						
A estabilização de problemas potenciais relacionados com a dor	,63						
Comunicação de informações a pessoa/família sobre a dor.	,62						
Avaliação da capacidade da pessoa para controlar a dor	,62						
A resolução de problemas reais no âmbito da dor	,61						
Avaliar a experiência da dor usando a escala apropriada a cada pessoa/família	,58						
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito da dor	,56						
Estabelecimento de metas para o controlo da dor com a pessoa família	,55						
A avaliação da eficácia das medidas de controlo da dor	,51						
Fator 2- Compensação do autocuidado							
A alteração de problemas reais relacionados com o levante		,72					
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito da alimentação		,69					
A intervenção face a problemas reais no âmbito do levante		,66					
A alteração de problemas reais relacionados com a alimentação		,66					
A intervenção face a problemas reais no âmbito da alimentação		,61					
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da alimentação		,60					
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito do levante		,59					
A estabilização de problemas potenciais decorrentes do levante		,58					
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores		,52					
A alteração de problemas reais relacionados com a UPP		,45					
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado		,42					
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito do desenvolvimento de UPP		,40					
Fator 3 - Manutenção de autocuidado							
Avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar de forma independente			,70				
Recolha da informação sobre hábitos de eliminar da pessoa			,68				
Avaliação da capacidade da pessoa para eliminar de forma independente			,63				
Avaliação das condições que podem comprometer a condição da pele			,62				
Recolha da informação sobre dor: localização, frequência e duração			,59				
Avaliação das estratégias adaptativas para eliminar			,59				
Recolha da informação sobre hábitos de levantar da pessoa			,58				
A utilização de equipamentos e técnicos adequados à pessoa com UPP			,57				
Recolha da informação sobre caracterização da UPP da pessoa			,55				
Avaliação das estratégias adaptativas para se levantar			,52				
Avaliação da capacidade da pessoa para se levantar de forma independente			,51				

Tabela 8 - Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala *Processo de interação nos autocuidados* (Continuação)

Dimensões/ Itens	1	2	3	4	5	6	7
Fator 3 - Manutenção de autocuidado (Continuação)							
Recolha da informação sobre hábitos alimentares da pessoa			,46				
Avaliação dos fatores de risco associados à UPP			,46				
Monitorização do risco de UPP através do uso de escalas			,45				
Avaliação das estratégias adaptativas para se alimentar			,41				
Fator 4 – Segurança na delegação dos cuidados							
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão				,70			
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados no levantar				,66			
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado				,63			
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão na alimentação				,62			
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a alimentação				,60			
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados na alimentação				,60			
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão				,57			
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados na eliminação				,53			
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com a alimentação				,47			
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com o levantar				,46			
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com o levantar				,41			
Fator 5 - Regulação do autocuidado							
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a eliminação					,70		
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com a eliminação					,64		
A intervenção face a problemas reais no âmbito de eliminar					,63		
A alteração de problemas reais relacionados com a eliminação					,61		
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito de eliminar					,60		
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado					,59		
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da eliminação					,53		
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores					,50		
Fator 6 - Supervisão dos cuidados delegados							
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados à pessoa com UPP						,81	
Avaliação a possibilidade de delegação/supervisão nos cuidados à pessoa com UPP						,75	
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados no âmbito da dor						,71	
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão no âmbito da dor						,68	
O nível de impacto das capacidades da pessoa nos resultados no âmbito da UPP						,52	
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a UPP						,47	
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da UPP						,45	
Fator 7 - Monitorização dos cuidados							
Avaliação das estratégias adaptativas da pessoa/família relacionadas com a UPP							,63
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores							,63
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores							,47
Promoção de conhecimentos e de capacidades instrumentais à pessoa/família para prevenir a UPP							,43
% da Variância explicada (Total= 59, 97)	33,1	6,4	5,8	4,2	3,7	3,5	3,3
α (Total= ,97)	,94	,90	,88	,89	,78	,87	,68

Caracterizamos agora as dimensões encontradas, e os sentidos atribuídos às mesmas, tendo em conta a abrangência teórico concetual do estudo, nomeadamente a mobilização da Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2011) e da Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem (Orem, 2001).

Fator 1 – Integração do potencial e motivação da pessoa

É enfatizado o pressuposto de que todos os seres humanos têm potencial e motivação essenciais para o desenvolvimento dos processos de autocuidado.

Fator 2 - Compensação do autocuidado

O enfermeiro prescreve intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

Fator 3 – Manutenção de autocuidado

O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado, face às necessidades da pessoa.

Fator 4 – Segurança na delegação dos cuidados

No autocuidado ocorre uma parceria entre a pessoa e o profissional, sendo o enfermeiro responsável pela avaliação da qualidade dos cuidados delegados.

Fator 5 – Regulação do autocuidado

Cabe ao enfermeiro implementar intervenções que permitam assegurar a regulação da capacidade de autocuidado e a satisfação das necessidades da pessoa.

Fator 6 – Supervisão dos cuidados delegados

O enfermeiro utiliza estratégias de suporte quando supervisiona os cuidados delegados a outro.

Fator 7 - Monitorização dos cuidados

Emerge a relevância da definição de indicadores consensuais na monitorização dos cuidados delegados

Apresentamos ainda em anexo (Anexo 13) a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da subescala, assim como as médias e desvio-padrão, acrescentando os coeficientes de correlação entre o item e o total da escala (r -itic), assim como o coeficiente alfa caso o item fosse eliminado.

A média das respostas dos enfermeiros situa-se acima de 3,95 e o valor mais elevado de desvio padrão é de 1,21. Constatou-se que a exclusão de nenhum dos itens aumentaria o alfa da subescala, confirmando-se mais uma vez a confiabilidade da mesma.

Na sequência da validade da subescala foi calculado um índice para cada um dos fatores encontrados, considerando-se como ponto neutro 2,5 (escala de 1 a 5), calculando a média para cada fator, verificando-se que em média os enfermeiros têm uma percepção claramente positiva em relação a todos os fatores encontrados, relativos ao *Processo de interação nos autocuidados*, situando-se todos acima do ponto considerado neutro (Tabela 9).

Tabela 9 - Medidas de tendência central e de dispersão - fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Integração do potencial e motivação da pessoa	137	2,93	5,00	4,28	,51
Compensação do autocuidado	131	2,75	5,00	4,31	,48
Manutenção de autocuidado	148	3,5	5,00	4,67	,34
Segurança na delegação dos cuidados	143	3,09	5,00	4,31	,47
Regulação do autocuidado	141	2,88	5,00	4,30	,48
Supervisão dos cuidados delegados	143	2,29	5,00	4,11	,70
Monitorização dos cuidados	150	3,00	5,00	4,26	,50

Obtivemos valores de CCI entre 0,673 ($p \leq 0,00$) e 0,931 ($p \leq 0,00$), num intervalo de confiança de 95%, verificando-se que os itens justificam a agregação efetuada pelas dimensões, sendo considerado maioritariamente excelente, pois todos os valores, à exceção do referente ao fator “Monitorização dos cuidados” (Tabela 10) se situam acima de 0,75 (Hill&Hill, 2012).

Tabela 10 - Coeficiente de correlação intraclasse – itens dos fatores Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Fatores	CCI	Limite inferior	Limite Superior
Integração do potencial e motivação da pessoa	,931	,912	,947
Compensação do autocuidado	,896	,868	,921
Manutenção de autocuidado	,874	,842	,902
Segurança na delegação dos cuidados	,889	,860	,914
Regulação do autocuidado	,880	,847	,908
Supervisão dos cuidados delegados	,850	,805	,887
Monitorização dos cuidados	,673	,579	,751

Efetuamos ainda a correlação entre os itens que compõem cada fator e ele próprio, verificando-se que existem correlações positivas e significativas, moderadas e fortes existindo apenas um item do fator 3 com correlação fraca com este ($r = 0,393$), no entanto podemos considera-lo na transição para uma correlação moderada (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação entre os itens e fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Dimensões/ Itens	r
Fator 1 - Integração do potencial e motivação da pessoa	
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,824
Avaliação das estratégias adaptativas para lidar com a dor	,820
A alteração de problemas reais relacionados com a dor	,820
Implementação de medidas de controlo/alívio da dor	,633
Integração de técnicas não farmacológicas no alívio da dor	,659
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado no âmbito da dor	,780
A estabilização de problemas potenciais relacionados com a dor	,745
Comunicação de informações a pessoa/família sobre a dor	,752
Avaliação da capacidade da pessoa para controlar a dor	,723
A resolução de problemas reais no âmbito da dor	,766
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito da dor	,748
Estabelecimento de metas para o controlo da dor com a pessoa família	,701
A avaliação da eficácia das medidas de controlo da dor	,604
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a dor	,758
Avaliar a experiência da dor usando a escala apropriada a cada pessoa/família	,658
Fator 2 - Compensação do autocuidado	
A alteração de problemas reais relacionados com o levantar	,785
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito da alimentação	,726
A intervenção face a problemas reais no âmbito do levantar	,668
A alteração de problemas reais relacionados com a alimentação	,772
A intervenção face a problemas reais no âmbito da alimentação	,663
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da alimentação	,686
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito do levantar	,764
A estabilização de problemas potenciais decorrentes do levantar	,694
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,673
A alteração de problemas reais relacionados com a UPP	,645
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado	,701
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito do desenvolvimento de UPP	,609
Fator 3 - Manutenção de autocuidado	
Avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar de forma independente	,748
Recolha da informação sobre hábitos de eliminar da pessoa	,687

Tabela 11 – Correlação entre os itens e os fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados* (Continuação)

Fator 3 - Manutenção de autocuidado (Continuação)	
Avaliação da capacidade da pessoa para eliminar de forma independente	,649
Avaliação das condições que podem comprometer a condição da pele	,594
Recolha da informação sobre dor: localização, frequência e duração	,537
Avaliação das estratégias adaptativas para eliminar	,731
Recolha da informação sobre hábitos de levantar da pessoa	,686
A utilização de equipamentos e técnicos adequados à pessoa com UPP	,572
Recolha da informação sobre caracterização da UPP da pessoa	,646
Avaliação das estratégias adaptativas para se levantar	,672
Avaliação da capacidade da pessoa para se levantar de forma independente	,599
Recolha da informação sobre hábitos alimentares da pessoa	,590
Avaliação dos fatores de risco associados à UPP	,581
Monitorização do risco de UPP através do uso de escalas	,393
Avaliação das estratégias adaptativas para se alimentar	,650
Fator 4 – Segurança na delegação dos cuidados	
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão	,794
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados no levantar	,773
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado	,660
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão na alimentação	,702
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a alimentação	,681
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados na alimentação	,749
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão	,695
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados na eliminação	,706
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com a alimentação	,613
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com o levantar	,644
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com o levantar	,603
Fator 5 - Regulação do autocuidado	
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a eliminação	,770
As estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com a eliminação	,726
A intervenção face a problemas reais no âmbito de eliminar	,694
A alteração de problemas reais relacionados com a eliminação	,782
A não efetivação de problemas potenciais no âmbito de eliminar	,771
O nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado	,780
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da eliminação	,735
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,713
Fator 6 - Supervisão dos cuidados delegados	
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados à pessoa com UPP	,819
Avaliação a possibilidade de delegação/supervisão nos cuidados à pessoa com UPP	,854
Avaliação da qualidade dos cuidados delegados no âmbito da dor	,867
Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão no âmbito da dor	,847
O nível de impacto das capacidades da pessoa nos resultados no âmbito da UPP	,626
O nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a UPP	,625
A estabilização de problemas potenciais decorrentes da UPP	,522
Fator 7 - Monitorização dos cuidados	
Avaliação das estratégias adaptativas da pessoa/família relacionadas com a UPP	,757
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,756
Revisão da informação/ contributo das experiências anteriores	,689
Promoção de conhecimentos e de capacidades instrumentais à pessoa/família para prevenir a UPP	,662

Na correlação entre os fatores encontrados e a *Subescala Processo de interação nos autocuidados*, verificamos que se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa (Tabela 12), sendo as correlações essencialmente fortes de todos os fatores, com exceção da correlação da Supervisão dos cuidados delegados e Monitorização dos cuidados ($r = 0,651$ e $r = 0,693$).

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre os fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados* e ela própria

	Integração do potencial e motivação da pessoa	Compensação do autocuidado	Manutenção de autocuidado	Segurança na delegação dos cuidados	Regulação do autocuidado	Supervisão dos cuidados delegados	Monitorização dos cuidados
Integração do potencial e motivação da pessoa	1						
Compensação do autocuidado	,640 ,000	1					
Manutenção de autocuidado	,495 ,000	,609 ,000	1				
Segurança na delegação dos cuidados	,602 ,000	,577 ,000	,643 ,000	1			
Regulação do autocuidado	,559 ,000	,594 ,000	,554 ,000	,618 ,000	1		
Supervisão dos cuidados delegados	,536 ,000	,389 ,000	,263 ,002	,496 ,000	,460 ,000	1	
Monitorização dos cuidados	,600 ,000	,591 ,000	,447 ,000	,493 ,000	,478 ,000	,404 ,000	1
Processo de interação nos autocuidados	,842** ,000	,833** ,000	,756** ,000	,834** ,000	,793** ,000	,651** ,000	,693** ,000

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Como conclusão da **avaliação global da Subescala *Processo de interação nos autocuidados*** podemos referir que apresenta valores significativos de confiabilidade/consistência que indicam ser uma subescala adequada para a avaliação do desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados* na perspetiva dos enfermeiros ($\alpha = 0,97$).

Da matriz fatorial emerge uma estrutura multidimensional, diferenciada em 7 fatores (Integração do potencial e motivação da pessoa; Compensação do autocuidado; Manutenção de autocuidado; Segurança na delegação dos cuidados; Regulação do autocuidado; Supervisão dos cuidados delegados; Monitorização dos cuidados) com uma sequencia lógica sendo enfatizado o fator “*Integração do potencial e motivação da pessoa*” (% da variância explicada=33,1%) que aponta para a relevância do processo de consciencialização da pessoa, relativamente a uma condição, enquanto requisito para o autocuidado por desvio de saúde (Orem, 2011).

O valor de alfa obtido por cada um dos fatores foi superior a 0,78 o que revela uma boa consistência interna dos itens em cada fator (Hill & Hill, 2012), assim como o CCI que reforça a consistência dos itens nos fatores extraídos e a sua constituição. Podemos ainda referir as relações essencialmente fortes existentes entre os itens que compõem cada fator.

Tal como a subescala *Conceção de enfermagem*, consideramos que a Subescala *Processo de interação nos autocuidados* apresenta boas propriedades psicométricas, podendo ser considerado um instrumento de medida válido, fiável e sensível da perceção dos enfermeiros acerca das interações nos autocuidados.

Subescala *Avaliação de resultados*

Num primeiro momento a extração de fatores com o método varimax revelou 4 fatores que no seu conjunto explicavam 72,13% da variância total, com comunalidades acima de 0,526.

Percebemos também que um dos itens saturavam dois fatores simultaneamente (0,491 e 0,463) e que a consistência interna do fator 4 se revelava baixa (0,585). Assim ao percebermos que os itens que compunham o fator 4 se relacionavam teoricamente com os itens condensados no fator 1, optamos por efetuar uma solução fatorial forçada a 3 fatores, com exclusão do item que saturava dois fatores.

Com esta solução foi visível o agrupamento dos itens do anterior fator 4 no fator 1 tal como nos fazia sentido em termos teóricos, com comunalidades acima de 0,44. Contudo verificamos ainda que dois itens saturavam dois fatores, sendo necessário excluí-los (0,599 e 0,562; 0,510 e 0,421).

Desta forma, para a solução fatorial final, após a exclusão de 3 itens obtivemos uma explicação da variância total obtida de 68,98% e com valores de explicação de cada um dos componentes a oscilar entre 11,4% e 41,5%, com comunalidades acima de 0,465 e pesos fatoriais entre 0,88 e 0,61.

Na tabela 13, apresenta-se a matriz fatorial final relativa à Subescala *Avaliação de resultados*, com a distribuição dos itens pelos 5 fatores, assim como a percentagem de variância explicada.

Tabela 13– Análise fatorial exploratória com rotação varimax – Subescala
Avaliação de resultados

Fatores/ Itens	1	2	3
Fator 1 - Adaptação positiva			
Reabilitação: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no autocuidado	,84		
Reabilitação: Ganhos em capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado	,83		
Reabilitação: Ganhos sobre estratégias adaptativas para o autocuidado	,78		
Reabilitação: Ganhos em capacidade para o autocuidado	,72		
Reabilitação: Taxa de resolução da dependência no autocuidado	,63		
Fator 2 - Superação da capacidade identificada			
Ganhos ao nível funcional		,88	
Ganhos em independência		,84	
Ganhos na utilização de estratégias adaptativas		,75	
Fator 3 - Indicadores de resultados			
Modificação no estado de um diagnóstico de Enfermagem			,83
Identificação de mudanças atribuíveis à sua intervenção			,76
Modificações centradas na aprendizagem da pessoa para lidar com o seu autocuidado			,70
Comparação a partir de experiências anteriores			,61
% da Variância explicada (Total= 68,98%)	41,5	15,9	11,4
Alfa (Total= ,89)	,86	,871	,78

Caracterizamos agora as dimensões encontradas e os sentidos atribuídos às mesmas, tendo em conta a abrangência teórico concetual do estudo, nomeadamente a mobilização da Teoria das Transições de Meleis (2011) e a Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem (2001).

Fator 1 – Adaptação positiva

Enfatiza a avaliação da aprendizagem e desenvolvimento de aptidões da pessoa, valorizando como resultado a sua capacidade de aceitação e adaptação positiva às suas adversidades de saúde.

Fator 2 – Superação da capacidade identificada

Valoriza, de entre os resultados observáveis na pessoa, a sua capacidade para aprender a viver, conviver e superar as suas adversidades de saúde.

Fator 3 – Indicadores de resultados

Enfatiza os efeitos e resultados verificáveis nos diferentes estádios da sua situação de dependência.

Apresentamos ainda a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da subescala, assim como as médias e desvio-padrão, acrescentando os coeficientes de correlação entre o item e o total da Subescala (*r*-itic), assim como o coeficiente alfa se o item fosse eliminado (Quadro 12). A média das respostas dos enfermeiros é superior a 4,06 e o desvio padrão não excede 0,877. Podemos constatar ainda que a exclusão de nenhum dos itens aumentaria o alfa da subescala (α - 0,89) confirmando-se de novo a confiabilidade da mesma.

Quadro 12– Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Subescala *Avaliação de resultados*

Valores em análise Itens da Subescala	Média	D P	r-itic	Alfa*
Reabilitação: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no autocuidado	4,15	,841	,748	,793
Reabilitação: Ganhos em capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado	4,13	,877	,723	,802
Reabilitação: Ganhos sobre estratégias adaptativas para o autocuidado	4,47	,641	,715	,807
Reabilitação: Ganhos em capacidade para o autocuidado	4,58	,593	,623	,831
Reabilitação: Taxa de resolução da dependência no autocuidado	4,34	,732	,534	,850
Ganhos ao nível funcional	4,45	,640	,794	,781
Ganhos em independência	4,57	,648	,762	,810
Ganhos na utilização de estratégias adaptativas	4,28	,696	,706	,864
Modificação no estado de um diagnóstico de Enfermagem	4,25	,637	,691	,680
Identificação de mudanças atribuíveis à sua intervenção	4,24	,662	,594	,728
Modificações centradas na aprendizagem da pessoa para lidar com o seu autocuidado	4,33	,660	,635	,708
Comparação a partir de experiências anteriores	4,06	,726	,459	,802

Alfa* - "if item deleted"

Na sequência da validade da subescala foi calculado um índice para cada um dos fatores encontrados, considerando-se como ponto neutro 2,5 (escala de 1 a 5), calculando a média para cada fator, verificando-se que em média os enfermeiros assumem uma percepção claramente positiva em relação a todos os

fatores encontrados, no que respeita à *Avaliação de resultados*, situando-se todos acima do ponto considerado neutro (Tabela 14).

Tabela 14 - Medidas de tendência central e de dispersão da Subescala *Avaliação de resultados*

<i>Avaliação de resultados</i>	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Adaptação positiva	148	2,00	5,00	4,33	,58
Superação da capacidade identificada	151	2,00	5,00	4,43	,59
Indicadores de resultados	148	2,75	5,00	4,22	,52

Com o cálculo do valor de CCI (Tabela 15) encontramos valores a oscilar entre 0,775 e 0,855 ($p \leq 0,00$), num intervalo de confiança de 95%, verificando-se que os itens justificam a agregação efetuada pelas dimensões, sendo consideradas como excelentes, pois todos os valores se situam acima de 0,75 (Hill & Hill, 2012).

Tabela 15 – Coeficiente de correlação intraclasse –fatores subescala *Avaliação de resultados*

Fatores	CCI	Limite inferior	Limite Superior
Adaptação positiva	,832	,777	,874
Superação da capacidade identificada	,855	,794	,897
Indicadores de resultados	,775	,708	,829

Efetuamos ainda a correlação entre os itens que compõem cada fator e ele próprio, verificando-se que existem correlações positivas e significativas, fortes e muito fortes.

Concluimos assim que todos os itens que constituem os fatores, contribuem significativamente para a sua constituição (Tabela 16).

Tabela 16– Correlação entre os itens e fatores da Subescala *Avaliação de resultados*

Dimensões/ Itens	r
Fator 1 - Adaptação positiva	
Reabilitação: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no autocuidado	,860
Reabilitação: Ganhos em capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado	,850
Reabilitação: Ganhos sobre estratégias adaptativas para o autocuidado	,814
Reabilitação: Ganhos em capacidade para o autocuidado	,739
Reabilitação: Taxa de resolução da dependência no autocuidado	,700
Fator 2 - Superação da capacidade identificada	
Ganhos ao nível funcional	,908
Ganhos em independência	,894
Ganhos na utilização de estratégias adaptativas	,876
Fator 3 - Indicadores de resultados	
Modificação no estado de um diagnóstico de Enfermagem	,834
Identificação de mudanças atribuíveis à sua intervenção	,781
Modificações centradas na aprendizagem da pessoa para lidar com o seu autocuidado	,802
Comparação a partir de experiências anteriores	,710

Verificamos ainda a correlação entre os fatores encontrados e a Subescala verificando-se que se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa sendo considerada excelente (Tabela 17).

Tabela 17 – Correlação entre os fatores da Subescala *Avaliação de resultados* e ela própria

	Adaptação positiva	Superação da capacidade identificada	Indicadores de resultados
Adaptação positiva	1		
Superação da capacidade identificada	,367**	1	
Indicadores de resultados	,420**	,532**	1
<i>Avaliação de resultados</i>	,826**	,728**	,793**

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Como conclusão podemos dizer que a Subescala *Avaliação de resultados* apresenta valores satisfatórios indicando ser uma subescala adequada para a *Avaliação de resultados* na perspetiva dos enfermeiros (α - 0,885).

Nesta análise emerge uma estrutura tridimensional da matriz fatorial (Adaptação positiva; Superação da capacidade identificada; Indicadores de resultados), tradutora da aquisição de autocapacitação e restabelecimento da capacidade de autocuidado da pessoa. O valor de alfa obtido por cada um dos fatores foi superior a 0,78 o que revela uma boa consistência interna dos itens em cada fator (Hill & Hill, 2012), assim como o CCI que reforça a consistência dos itens nos fatores extraídos e a sua constituição. Podemos ainda referir as relações essencialmente fortes existentes entre os itens que compõem cada fator.

Na perspetiva dos enfermeiros acerca da *Avaliação de resultados*, destaca-se o fator “Adaptação positiva” como sendo o que obteve melhor poder de explicação (% da variância explicada= 41,5 %).

Concluimos assim que esta subescala demonstra ser um instrumento de medida fiável, válido e sensível.

Da análise fatorial à análise correlacional

Na continuidade da análise da validade e robustez do instrumento de colheita de dados, partimos para a análise correlacional tendo como base o modelo de pesquisa delineado, onde a influência das variáveis de estrutura nas variáveis de processo e destas na obtenção de resultados sensíveis em enfermagem é visível, assim como a influência das variáveis de processo e de resultado nas variáveis de estrutura.

Desta forma aprofundamos a relação entre as diferentes Subescalas, na perspetiva de interrelacionar a estrutura o processo e os resultados (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998) e entre estas e a escala total. Verificamos que as correlações com a escala total e as subescalas variam de moderada ($r= 0,533$; $p \leq 0,01$ – *Avaliação de resultados*) a muito forte ($r= 0,973$; $p \leq 0,01$ – *Processo de interação nos autocuidados*), concluindo-se que todas contribuem para a explicação do fenómeno em estudo (Tabela 18).

No que se refere às correlações entre Subescalas (Tabela 18), evidenciamos a correlação forte entre a *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados* ($r= 0,729$; $p \leq 0,01$) e a correlação fraca entre a *Conceção de enfermagem* e a *Avaliação de resultados* ($r= 0,337$; $p \leq 0,01$).

Tabela 18 – Correlação entre subescalas e escala total

	Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	Escala Total
Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>	1			
Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>	,729**	1		
Subescala <i>Avaliação de resultados</i>	,337**	,465**	1	
Escala total	,845**	,973**	,533**	1

** A correlação é significativa no nível 0,01

Na continuidade da análise correlacional, verificamos a correlação dos fatores de cada Subescala com as outras Subescalas.

Relativamente à Subescala *Conceção de enfermagem* verificamos que todas as correlações são positivas e significativas, sendo que relativamente aos fatores da subescala *Processo de interação nos autocuidados* as relações são moderadas ao passo que relativamente aos fatores da subescala *Avaliação de resultados* as correlações são fracas (Tabela 19).

Tabela 19 – Correlação entre a Subescala *Conceção de enfermagem* e os fatores das Subescalas *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados*

Subescalas/ Fatores	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>							<i>Avaliação de resultados</i>		
	Integração do potencial e motivação da pessoa	Compensação do autocuidado	Manutenção de autocuidado	Segurança na delegação dos cuidados	Regulação do autocuidado	Supervisão dos cuidados delegados	Monitorização dos cuidados	Adaptação positiva	Superação da capacidade identificada	Indicadores de resultados
<i>Conceção de enfermagem</i>	,638**	,686**	,544**	,625**	,538**	,419**	,437**	,250*	,272**	,315**

**Correlação com um grau de significância $\leq 0,001$ ($p \leq 0,001$)

*Correlação com um grau de significância $\leq 0,05$ ($p \leq 0,05$)

No que se refere às correlações da Subescala *Processo de interação nos autocuidados* com os fatores das outras Subescalas (Tabela 20), verifica-se também que todas são positivas e significativas, porém, tal como nas correlações anteriores, os fatores da Subescala *Avaliação de resultados* apresentam correlações menos fortes com a subescala *Processo de interação nos autocuidados* do que os fatores da Subescala *Conceção de enfermagem*. Assim os

fatores da Subescala *Conceção de enfermagem* relacionam-se de forma moderada com a subescala *Processo de interação nos autocuidados*, assim como um fator da subescala *Avaliação de resultados*, porém com valores inferiores aos anteriores. Os restantes fatores da Subescala *Avaliação de resultados* relacionam-se de forma fraca com a Subescala *Processo de interação nos autocuidados*.

Tabela 20 – Correlação entre a Subescala *Processo de interação nos autocuidados* e os fatores das subescalas *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados*

Subescalas	Conceção de enfermagem					Avaliação de resultados		
	Avaliação da capacidade para o autocuidado	Avaliação de recursos na valorização de resultados	Avaliação global da pessoa	Planeamento da intervenção individualizada	Avaliação da intervenção	Adaptação positiva	Superação da capacidade identificada	Indicadores de resultados
<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	,606**	,586**	,559**	,509**	,547**	,366**	,276**	,422**

**Correlação com um grau de significância $\leq 0,001$ ($p \leq 0,001$)

Nas correlações da Subescala *Avaliação de resultados* com os fatores das Subescalas *Conceção de enfermagem* e *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 21), verificamos que na maioria as suas relações são significativas e positivas, porém fracas, evidenciando-se apenas um relacionamento moderado entre a Avaliação da intervenção, assim como entre a Integração do potencial e motivação da pessoa, Compensação do autocuidado e Monitorização dos cuidados e a Subescala *Avaliação de resultados*

Tabela 21 – Correlação entre a Subescala *Avaliação de resultados* e os fatores das Subescalas *Conceção de enfermagem* e *Processo de interação nos autocuidados*

Subescalas	Conceção de enfermagem					Processo de interação nos autocuidados						
	Avaliação da capacidade para o autocuidado	Avaliação de recursos na valorização de resultados	Avaliação global da pessoa	Planeamento da intervenção individualizada	Avaliação da intervenção	Integração do potencial e motivação da pessoa	Compensação do autocuidado	Manutenção de autocuidado	Segurança na delegação dos cuidados	Regulação do autocuidado	Supervisão dos cuidados delegados	Monitorização dos cuidados
<i>Avaliação de resultados</i>	,269**	,350**	,287**	,242**	,410**	,504**	,408**	,184**	,306**	,245**	,392**	,545**

**Correlação com um grau de significância $\leq 0,001$ ($p \leq 0,001$)

Estes resultados estão de acordo com as correlações verificadas entre Subescalas, sendo a Subescala *Avaliação de resultados* aquela que menos se

relacionava com as outras duas. Desta forma, também relativamente à relação dos fatores das Subescalas *Conceção de enfermagem* e *Processo de interação nos autocuidados* com a subescala *Avaliação de resultados*, se verifica que são estas as menos fortes.

Nesta continuidade da análise correlacional entre as Subescalas, mediadas pela inter-relação que perspetivamos no modelo de pesquisa entre as variáveis de estrutura processo e resultado, procedemos à verificação das correlações entre as Subescalas e as variáveis independentes. Relativamente a estas variáveis procedemos à recodificação (dicotómica) com partição pela mediana, dado que como referem Hill e Hill (2012) este método é mais útil do que a partição pela média porque pode ser utilizado quando a distribuição da variável é simétrica ou assimétrica.

Apesar de propormos a *Conceção de enfermagem* enquanto variável de estrutura, consideramos pertinente averiguar o relacionamento desta com as outras variáveis estruturais relacionadas com o enfermeiro e com a organização.

Assim, pela matriz de correlações apresentada no quadro 13, verifica-se que apenas o tempo de serviço tem uma correlação negativa e estatisticamente significativa e com a Subescala *Avaliação de resultados*, sendo, no entanto, o coeficiente de correlação muito fraco ($r = -0,191$; $p < 0,05$). A correlação entre estas variáveis é inversamente proporcional.

Quadro 13 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e todas as Subescalas

Subescalas		<i>Conceção de enfermagem</i>	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	<i>Avaliação de resultados</i>	Escala Total
Variáveis independentes					
Idade	r	,077	-,041	-,134	,013
	Sig.	,378	,656	,109	,898
Categoria	r	,115	,008	-,024	,031
	Sig.	,188	,933	,781	,749
Grau	r	,103	-,028	-,021	-,029
	Sig.	,238	,763	,799	,765
Sexo	r	-,128	-,006	-,025	,002
	Sig.	,142	,950	,768	,983
Exp. Profissional	r	-,022	-,065	-,191*	-,043
	Sig.	,799	,483	,022	,660
Exp. Profissional na RNCCI	r	,014	-,061	-,068	-,005
	Sig.	,874	,510	,415	,958
NUTSIII	r	-,105	,069	-,053	,013
	Sig.	,229	,453	,525	,898
Tipologia_Complexidade	r	-,044	,049	,066	,052
	Sig.	,619	,602	,443	,604
Tipologia	r	-,013	-,075	-,022	-,101
	Sig.	,885	,417	,796	,300

Procedemos ainda à verificação das correlações entre os fatores de cada uma das Subescalas e as variáveis independentes.

Assim, verificou-se pela matriz de correlações (Quadro 14) relativamente à Subescala *Conceção de enfermagem* e às restantes variáveis independentes, não existir correlações estatisticamente significativas.

Quadro 14 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala *Conceção de enfermagem*

Fatores Subescala <i>Conceção de enfermagem</i>		Avaliação da capacidade para o autocuidado	Avaliação de recursos na valorização de resultados	Avaliação global da pessoa	Planeamento da intervenção individualizada	Avaliação da intervenção
Variáveis independentes						
Idade	r	-,140	-,029	,041	,043	-,167*
	Sig.	,096	,729	,634	,609	,041
Categoria	r	,121	,072	,140	,076	-,002
	Sig.	,155	,389	,103	,361	,976
Grau	r	,094	,082	-,002	,049	,133
	Sig.	,262	,320	,981	,554	,102
Sexo	r	-,112	,013	-,057	,014	,100
	Sig.	,182	,877	,503	,869	,222
Exp. Profissional	r	-,044	-,102	-,012	-,005	-,140
	Sig.	,602	,214	,886	,954	,090
Exp. Profissional na RNCCI	r	,037	-,037	-,048	-,022	-,059
	Sig.	,662	,650	,571	,792	,473
NUTSIII	r	-,090	-,017	-,033	-,004	,095
	Sig.	,286	,839	,696	,963	,247
Tipologia	r	-,084	-,062	,010	,056	-,101
	Sig.	,318	,454	,903	,499	,217

Ao correlacionarmos os fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados* com as variáveis independentes, verificamos pela matriz de correlações, apresentada no quadro 15, que apenas o tempo de experiência profissional na RNCCI tem correlação negativa e estatisticamente significativa com a monitorização dos cuidados sendo, no entanto, a correlação considerada fraca ($r = -0,215$; $p < 0,01$).

Quadro 15 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Fatores da Subescala <i>Processo de interação nos autocuidados</i>		Integração do potencial e motivação da pessoa	Compensação do autocuidado	Manutenção de autocuidado	Segurança na delegação dos cuidados	Regulação do autocuidado	Supervisão dos cuidados delegados	Monitorização dos cuidados
Variáveis independentes								
Idade	r	-,087	-,041	-,048	-,040	-,024	-,161	-,123
	Sig.	,313	,643	,564	,636	,775	,055	,135
Categoria	r	,022	-,028	,015	-,020	-,001	,066	,018
	Sig.	,797	,756	,862	,813	,987	,436	,830
Grau	r	,122	-,073	-,002	-,058	,064	-,007	-,004
	Sig.	,154	,404	,978	,489	,452	,930	,960
Sexo	r	-,029	-,075	,008	,031	,087	-,014	-,001
	Sig.	,739	,392	,925	,711	,308	,867	,986
Exp. Profissional	r	-,091	-,091	-,080	-,026	,000	-,140	-,146
	Sig.	,288	,300	,335	,762	,997	,096	,077
Exp. Profissional na RNCCI	r	-,116	-,089	-,050	-,007	,065	-,161	-,215*
	Sig.	,178	,313	,549	,936	,443	,054	,009
NUTSIII	r	-,017	,121	,057	-,024	,009	-,116	-,035
	Sig.	,843	,168	,494	,777	,920	,169	,669
Tipologia_Complexidade	r	,037	,095	,125	-,076	-,013	-,075	,003
	Sig.	,680	,295	,141	,381	,885	,390	,973
Tipologia	r	-,040	-,149	-,041	-,028	-,077	,007	,003
	Sig.	,644	,088	,620	,740	,367	,937	,972

Pela matriz de correlações apresentada no quadro 16, verifica-se que apenas a idade e o tempo de serviço têm uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a *Adaptação positiva*, sendo os respectivos coeficientes de correlação muito fracos e fracos respetivamente ($r = -0,176$ e $r = -0,200$; $p < 0,05$).

Quadro 16 - Matriz de correlações entre variáveis independentes e fatores da Subescala *Avaliação de resultados*

Fatores da Subescala <i>Avaliação de resultados</i>		Adaptação positiva	Superação capacidade identificada	Indicadores de resultados
Variáveis independentes				
Idade	r	-,176*	-,063	-,060
	Sig.	,033	,445	,473
Categoria	r	-,032	,057	-,062
	Sig.	,706	,488	,457
Grau	r	,013	-,054	-,025
	Sig.	,874	,508	,763
Sexo	r	-,095	-,044	,101
	Sig.	,251	,589	,222
Exp. Profissional	r	-,200*	-,152	-,099
	Sig.	,015	,063	,231
Exp. Profissional na RNCCI	r	-,152	-,058	,026
	Sig.	,066	,481	,751

Quadro 16 – Matriz de correlações entre as variáveis independentes e fatores da Subescala *Avaliação de resultados* (Continuação)

Fatores da Subescala <i>Avaliação de resultados</i>		Adaptação positiva	Superação capacidade identificada	Indicadores de resultados
Variáveis independentes				
NUTSIII	r	-,024	,008	-,093
	Sig.	,771	,918	,259
Tipologia_Complexidade	r	,122	-,013	-,026
	Sig.	,152	,873	,757
Tipologia	r	,060	-,043	-,100
	Sig.	,466	,602	,227

Nesta continuidade da exploração dos dados, prosseguimos para a comparação de médias entre as variáveis independentes e entre os fatores das Subescalas. As variáveis dicotômicas que testamos foram o sexo, a categoria profissional, o grau académico e a tipologia de cuidados onde os enfermeiros desenvolvem a atividade profissional. Relativamente às variáveis quantitativas anos de exercício profissional, tempo de exercício profissional na RNCCI e idade, existiu a necessidade de agrupar os casos em dois grupos. Assim procedemos à sua recodificação (dicotómica) com partição pela mediana, tal como já referenciado anteriormente (Hill & Hill, 2012), por ser o método mais útil do que a partição pela média podendo ser utilizado quando a distribuição da variável é simétrica ou assimétrica.

Através da análise dos resultados obtidos da aplicação do teste *t* para amostras independentes verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao sexo, à tipologia onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade profissional e o tempo de exercício profissional na RNCCI, para qualquer um dos fatores das Subescalas (Anexo 14), especificando-se de seguida os valores significativos por Subescala.

Na continuidade da aplicação do teste *t* para as restantes variáveis, verifica-se no quadro 17 que, relativamente à Subescala *Conceção de enfermagem* e em relação ao fator *Avaliação da intervenção*, em média a percepção da *Avaliação da intervenção*, tendo em conta o grau académico dos enfermeiros é superior para os enfermeiros com grau de licenciatura ($M_{\text{Licenciados}} = 17,42$; $M_{\text{Mestrados}} = 15,86$; $t = 1,99$; $p = 0,048$).

Quadro 17 - Teste *t* - Subescala *Conceção de enfermagem*

Fator		Avaliação da intervenção				
V. Independentes		n	Média	DP	t	p
Sexo	Masculino	25	17,8	1,35	1,56	,247
	Feminino	125	17,28	2,15		
Categoria	Enfermeiro	144	17,37	2,00	,030	,976
	Enfermeiro especialista	3	17,33	1,52		
Grau académico	Licenciatura	141	17,42	2,02	1,99	,048
	Mestrado	7	15,86	1,95		
Tipologia	1 tipologia	101	17,36	2,05	-,739	,455
	+ de 1 tipologia	41	17,63	1,97		
Tempo recodificado	< 5 anos	99	11,57	2,03	1,50	,133
	>5anos	52	17,04	2,05		
Tempo na Rede recodificado	<2 anos	76	17,64	2,03	1,58	,116
	>2anos	75	17,12	2,04		
Idade recodificada	< 28anos	90	17,47	1,99	,600	,549
	>28anos	61	17,26	2,13		

No que respeita ao *Processo de interação nos autocuidados* constatamos no quadro 18, que os valores médios da *Monitorização dos cuidados*, tendo em conta a idade e o tempo de exercício profissional, em média são superiores para os enfermeiros com idade inferior a 28 anos ($M_{\text{idade} < 28\text{anos}} = 17,34$; $M_{\text{idade} > 28\text{anos}} = 16,67$; $t = 2,03$; $p = 0,004$) e para enfermeiros com menos que 5 anos de serviço ($M_{\text{tempo serviço} < 5\text{anos}} = 17,35$; $M_{\text{tempo serviço} > 5\text{anos}} = 16,53$; $t = 2,39$; $p = 0,018$).

Quadro 18 - Teste *t* - Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Fator		Monitorização dos cuidados				
V. Independentes		n	Média	DP	t	p
Sexo	Masculino	25	17,08	1,93	,018	,986
	Feminino	125	17,07	2,05		
Categoria	Enfermeiro	144	17,08	2,03	-,215	,830
	Enfermeiro especialista	3	17,33	3,05		
Grau académico	Licenciatura	141	17,07	2,04	-,091	,928
	Mestrado	7	17,14	2,03		
Tipologia	1 tipologia	101	17,2	2,11	1,16	,247
	+ de 1 tipologia	40	16,7	1,91		
Tempo recodificado	< 5 anos	99	17,35	1,85	2,39	,018
	>5anos	51	16,53	2,23		
Tempo na Rede recodificado	<2 anos	76	17,24	1,75	,998	,320
	>2anos	74	16,91	2,27		
Idade recodificada	< 28anos	90	17,34	1,86	2,03	0,04
	>28anos	60	16,67	2,20		

Na análise de resultados da Subescala *Avaliação de resultados* e especificamente em relação à *Adaptação positiva* (Quadro 19), os seus valores

médios são mais elevados para os enfermeiros com tempo de serviço superior a 5 anos ($M_{\text{tempo serviço} < 5 \text{ anos}} = 22,11$; $M_{\text{tempo serviço} > 5 \text{ anos}} = 20,80$; $t = 2,62$; $p = 0,010$), assim como em relação aos *Indicadores de resultados*, os seus valores médios são mais elevados nos enfermeiros ($M_{\text{Enfermeiro}} = 16,92$; $M_{\text{Enfermeiro especialista}} = 16$; $t = 5,14$; $p = 0,00$).

Quadro 19 - Teste *t* - Subescala *Avaliação de resultados*

Fatores V. Independentes		Adaptação positiva					Indicadores de resultado				
		n	Média	DP	t	p	n	Média	DP	t	p
Sexo	Masculino	25	22,28	2,52	1,154	,251	25	16,44	2,00	-1,227	,222
	Feminino	123	21,54	3,01			123	17,00	2,09		
Categoria	Enfermeiro	142	21,65	2,978	,378	,706	142	16,92	2,119	5,14	0,00
	Enfermeiro especialista	3	21	2			3	16	0,00		
Grau académico	Licenciatura	139	21,67	2,972	,211	,834	140	16,96	2,058	1,49	,138
	Mestrado	7	21,43	2,370			6	15,67	2,805		
Tipologia	1 tipologia	101	21,41	3,182	-1,64	,103	100	17,15	2,157	1,76	,081
	+ de 1 tipologia	38	22,18	2,167			39	16,46	1,833		
Tempo recodificado	< 5 anos	97	22,11	2,594	2,62	,010	98	17,01	2,073	,856	,394
	>5anos	51	20,80	3,371			50	16,70	2,112		
Tempo na Rede recodificado	<2 anos	73	21,97	2,651	1,270	,206	75	16,92	2,186	,086	,932
	>2anos	75	21,36	3,186			73	16,89	1,990		
Idade recodificada	< 28anos	88	21,94	2,890	1,413	,160	88	16,94	2,086	,266	,790
	>28anos	60	21,25	2,989			60	16,85	2,098		

5.3.3 - Construção de significados a partir dos sentidos expressos pelos enfermeiros

O conteúdo das questões abertas do questionário (Anexo 11), elaboradas com o objetivo da complementaridade das respostas transmitidas pelos enfermeiros nas respostas fechadas, foi tratado com recurso à técnica da análise de conteúdo (Bardin, 2011). Percorremos as três etapas da técnica propostas por Bardin (2011): na pré-análise organizamos o *corpus* a analisar, optando por fazê-lo questão a questão, após leitura flutuante do mesmo; na fase de exploração do material definimos como unidade de registo a frase escrita pelos enfermeiros em cada resposta e como unidade de contexto toda a resposta, analisando o conteúdo tendo em conta referenciais teóricos; no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, condensamos todos o material em análise, efetuando interpretações finais e refletindo criticamente acerca das mesmas (Bardin, 2011). Efetuamos

análise lexical de todo o corpus com a identificação de todas as unidades de registo, assim como a sua frequência, agrupando e classificando-o em categorias segundo o sentido dos elementos de significação das respostas, obedecendo a critérios de exclusividade, objetividade, adequação e pertinência (Bardin, 2011).

Submetemos esta codificação à apreciação de dois peritos externos no sentido do cumprimento da validade e fidelidade da codificação (Amado, 2000; Elo & Kyngas, 2008). A seleção de peritos teve por base, estes serem profissionais detentores do maior nível de conhecimento disciplinar e profissional na área da enfermagem com o objetivo de procederem a um julgamento qualitativo da codificação efetuada quanto à sua pertinência, adequação e ordenação. Da avaliação dos peritos resultaram apenas pequenos ajustes em termos de linguagem na designação das categorias.

Após todos estes procedimentos os dados foram sujeitos a análise quantitativa através do programa estatístico de análise de dados SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 22.0, com tratamento a partir do recurso a medidas de estatística descritiva.

De seguida apresentamos os dados, discriminados por Subescala e por questão do questionário por forma a facilitar a sua interpretação. Apresentamos por Subescala as questões que foram efetuadas e as respostas que foram transmitidas pelos enfermeiros.

Subescala *Conceção de enfermagem*

Nesta Subescala existe apenas uma questão aberta que se refere ao porquê dos enfermeiros efetuarem ou não a avaliação das necessidades das pessoas num primeiro encontro na unidade de internamento.

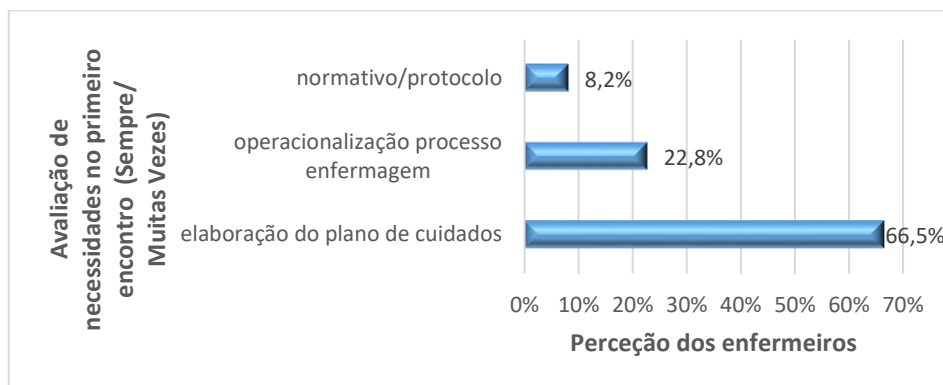
Esta questão decorria de uma primeira onde era assinalado com que frequência efetuavam esta avaliação e que passamos a apresentar:

97,5% dos enfermeiros referem efetuar sempre ou muitas vezes a avaliação das necessidades da pessoa num primeiro encontro na unidade, sendo que apenas 2,5% o refere fazer raramente ou algumas vezes.

Na especificidade e pela análise do gráfico 3, podemos observar que os enfermeiros que referem fazer sempre ou muitas vezes a avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro fazem-no no sentido da elaboração

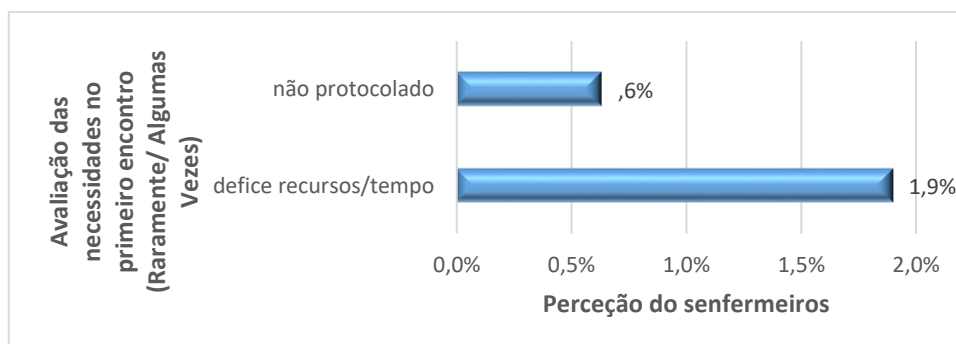
do plano de cuidados (65,5%), seguindo-se a sua operacionalização (22,8%). Uma pequena percentagem de enfermeiros ainda refere que faz a avaliação das necessidades da pessoa, por estar protocolado no serviço (8,2%).

Gráfico 3 – Razão da avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro na unidade



Os enfermeiros que referem avaliar raramente ou algumas vezes as necessidades da pessoa no primeiro encontro, justificam a sua opção por défice de recursos humanos e de tempo para o desenvolverem (1,9%), assim como por não estar protocolado no seu serviço esta prática (0,6%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Razão da não realização da avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro na unidade



A percepção dos enfermeiros acerca da importância de efetuar a avaliação das necessidades da pessoa num primeiro encontro, denota a ênfase atribuída à produção de informação para a tomada de decisão clínica, na elaboração do plano de cuidados, tendo em conta a sua continuidade e operacionalização, com vista ao aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Denota-se ainda a necessidade sentida de gerir recursos, nomeadamente humanos e de tempo.

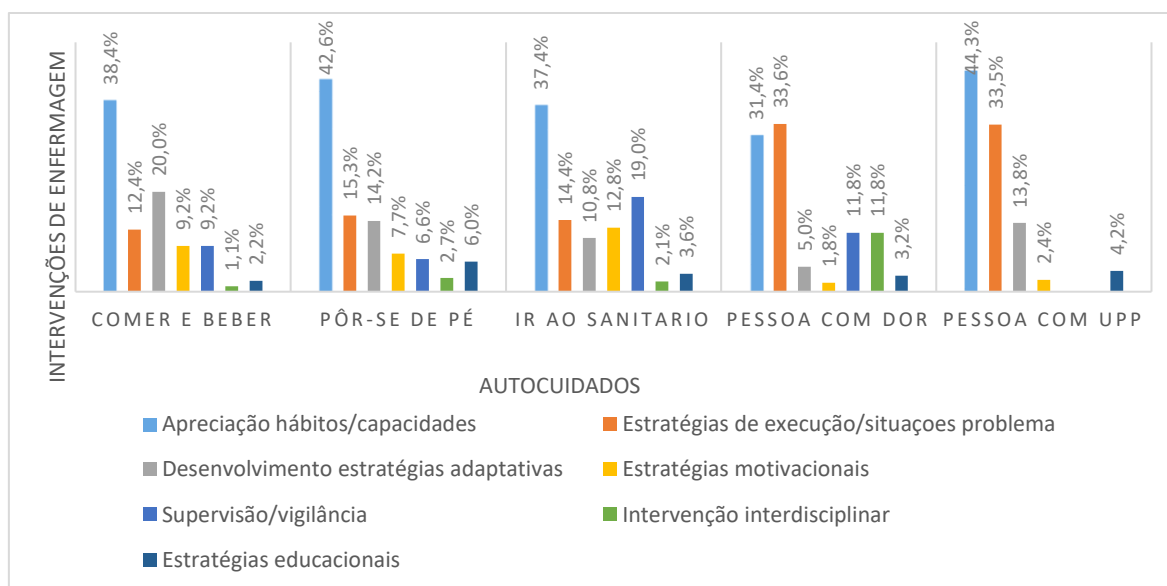
Subescala *Processo de interação nos autocuidados*

Nesta Subescala existiam cinco questões abertas relacionadas com cada um dos autocuidados em análise.

Reunimos no gráfico seguinte (Gráfico 5), por forma a facilitar a interpretação, os sentidos mais frequentes e comuns atribuídos às intervenções que os enfermeiros referem realizar relativamente a cada autocuidado. Faremos ainda referência às intervenções mais específicas referidas em relação a determinados autocuidados.

Assim, a apreciação de hábitos e capacidades da pessoa surge como a intervenção transversalmente mais destacada, à exceção da pessoa com dor, que surge como segunda intervenção mais realizada (33,6%). Verifica-se ainda que esta é de fato a intervenção mais realizada pelos enfermeiros pois surge bastante diferenciada das restantes intervenções referidas em três dos autocuidados em análise, sendo estes o autocuidado comer e beber, o pôr-se de pé e ir ao sanitário, denotando por parte dos enfermeiros uma preocupação com as reais necessidades da pessoa assim como com os seus hábitos.

Gráfico 5 – Intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros das unidades



Salientamos ainda intervenções específicas face às necessidades reais que a pessoa apresenta decorrentes da avaliação continuada efetuada pelo enfermeiro, nomeadamente no que se refere ao autocuidado Comer e Beber - adequação do plano alimentar (6,5%) e Autocuidado Pôr-se de pé – adequação do plano de levantar face às necessidades/capacidades da pessoa (2,2%).

A importância atribuída pelos enfermeiros ao envolvimento e participação do cliente/família nos cuidados planeados é referenciada nomeadamente no Autocuidado Pôr-se de pé (2,7%), na pessoa com dor (1,4%) e na pessoa com úlcera por pressão (UPP) (1,8%).

Subescala *Avaliação de resultados*

Na Subescala *Avaliação de resultados* existem cinco questões abertas, relacionadas com: a identificação de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem de forma global e na especificidade da preparação do regresso a casa na pessoa com dependência; perspetiva acerca do papel de “gestor de caso” assumido pelos enfermeiros enquanto promotor da identificação de resultados da intervenção de enfermagem e a identificação de intervenções do domínio da autonomia profissional e do domínio da interdisciplinaridade.

Apresentam-se no gráfico 6 os resultados de alta sensibilidade à intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado à pessoa em situação de dependência, referenciados pelos enfermeiros.

Como resultado sensível mais frequente às intervenções de enfermagem surge referenciada a independência e a autonomia da pessoa (57,9%), o que vai ao encontro das intervenções referidas como as mais frequentemente realizadas, nomeadamente a apreciação de hábitos e capacidades de pessoas com alterações do nível de dependência que se encontram internadas nestes contextos da RNCCI.

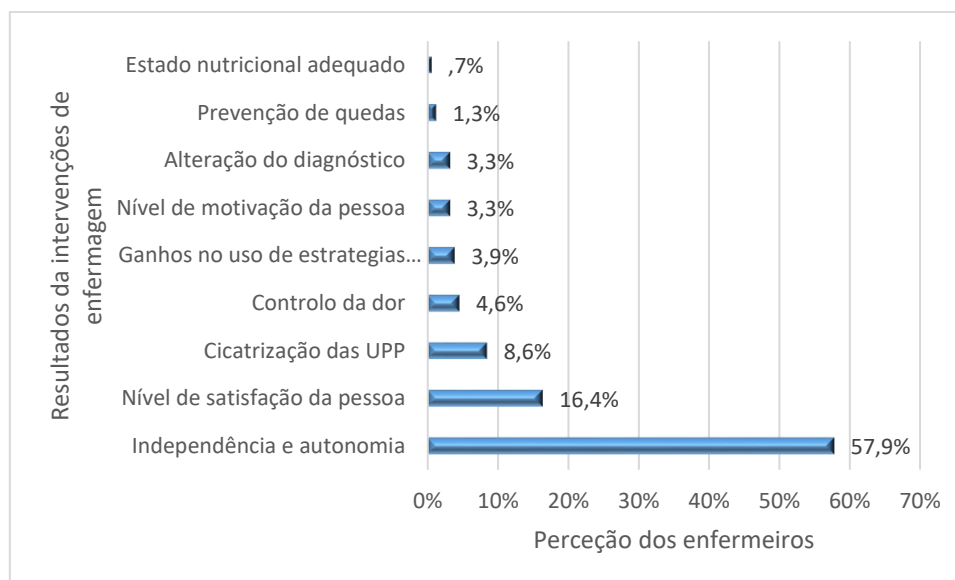
A importância atribuída pelos enfermeiros à satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem prestados, surge como resultado sensível seguinte referenciado por 16,4% dos enfermeiros. Compreende-se assim a importância que os enfermeiros atribuem à atitude das pessoas face aos cuidados de enfermagem,

dos quais foram beneficiários no seu percurso de saúde/doença (Ribeiro, 2005; Wagner & Bear, 2009; Doran, 2011).

A cicatrização de UPP e o controle da dor, surgem como resultados sensíveis às intervenções dos enfermeiros (8,6% e 4,6% respetivamente), denotando-se aqui a importância da presença constante dos enfermeiros nas unidades de internamento da RNCCI. Estes resultados relacionam-se ainda com as intervenções definidas anteriormente nomeadamente a apreciação de hábitos e capacidades assim como estratégias de execução/situações problema.

Dos restantes resultados referidos enquanto sensíveis aos cuidados de enfermagem destacamos a alteração do diagnóstico de enfermagem (3,3%). Este resultado indica a importância atribuída às etapas do processo de enfermagem assim como ao registo das mesmas enquanto referencial, face ao planeamento e evolução da dependência da pessoa.

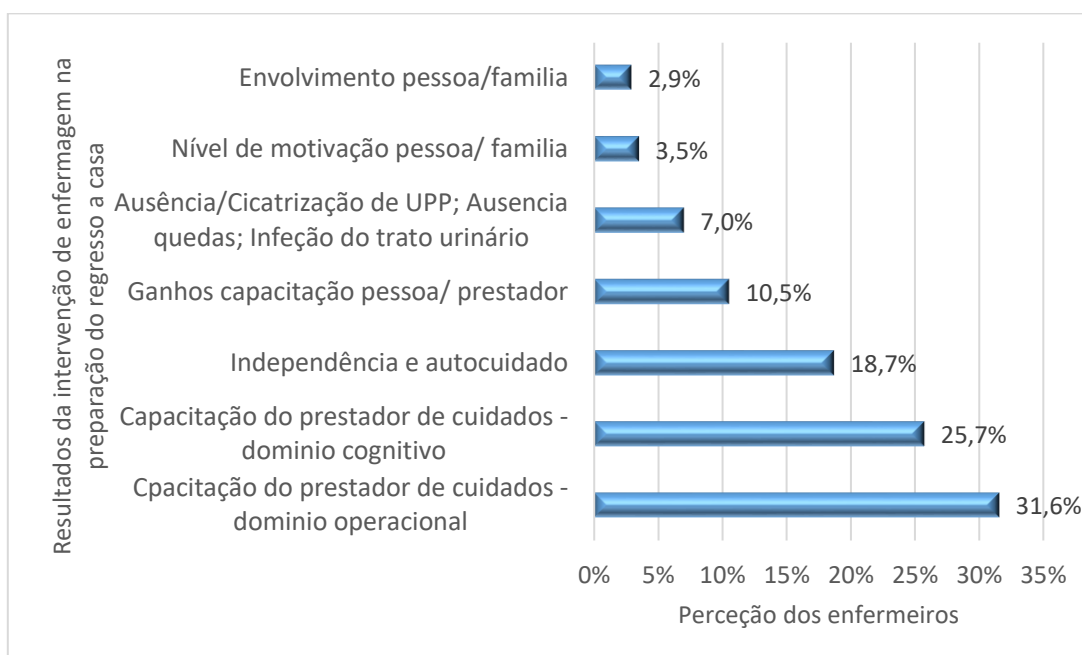
Gráfico 6 - Resultados de alta sensibilidade à intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado à pessoa em situação de dependência



Na especificidade da preparação do regresso a casa destacamos como resultados atribuíveis à intervenção do enfermeiro (Gráfico 7) a capacitação do prestador de cuidados informal no domínio operacional (31,6%) e cognitivo (25,7%).

As necessidades do prestador de cuidados que assume a responsabilidade do cuidado à pessoa dependente, surge como área emergente (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012), pelos desafios que este enfrenta face às necessidades da pessoa que cuida. As necessidades das pessoas aliadas à complexidade dos cuidados, descentra-se da mera transmissão de informação no desenvolvimento de competências do cuidador. Assim, os enfermeiros consideram com resultado da sua intervenção a capacitação do cuidador não só a nível cognitivo, mas também operacional.

Gráfico 7 - Resultados atribuíveis à intervenção específica do enfermeiro na preparação do regresso a casa



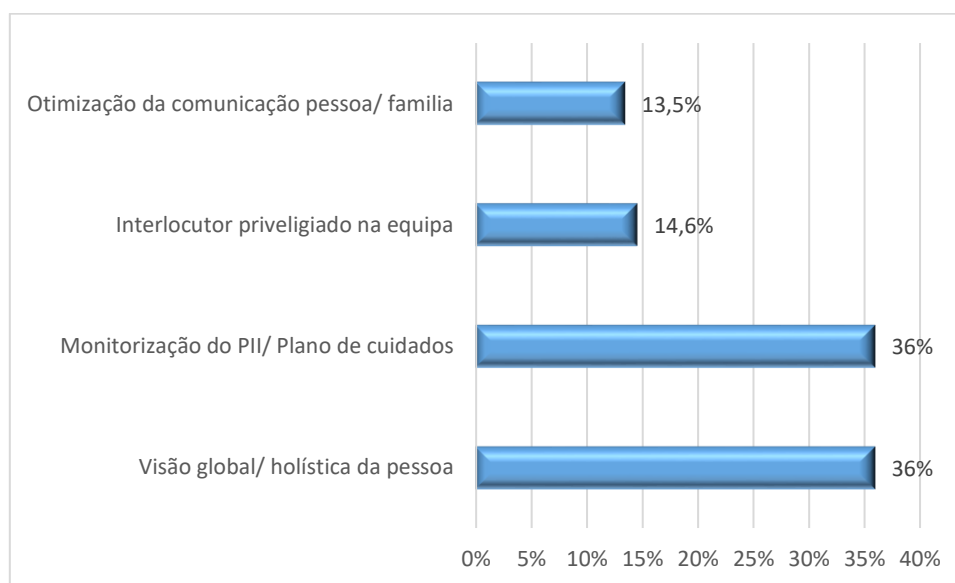
Analisando a perspetiva dos enfermeiros participantes face à importância de se assumirem como “Gestor de Caso”, verificamos que 85,6% consideram que tal facto promoveria a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo que apenas 14,4% consideram que o assumir deste papel pelo enfermeiro em equipa multidisciplinar, não tem influência ou não seria promotor da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

○ Gestor de Caso é considerado o elemento de articulação entre toda a equipa multidisciplinar, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa

prestadora de cuidados e o cliente/família, sendo ainda responsável pela atualização e acompanhamento do Plano individual de intervenção (PII), consubstanciando-se num interlocutor privilegiado (Portaria nº 174/ 2014 dos Ministérios das finanças, da saúde e da solidariedade, emprego e segurança social, 2014).

Os participantes que consideram que este papel ao ser assumido pelos enfermeiros promoveria a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Gráfico 8), consideram-no na sua maioria pois é esta classe profissional que possui uma visão holística e global da pessoa (36%) e é elemento privilegiado na monitorização do PII e do Plano de cuidados (36%), pois acompanha a pessoa em todo o seu internamento de forma contínua. Por esta razão constituiu-se também como interlocutor privilegiado na equipa (14,6%) e facilitador da comunicação entre pessoa/família (13,5%).

Gráfico 8 - Promoção da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem - enfermeiro com papel de gestor de caso

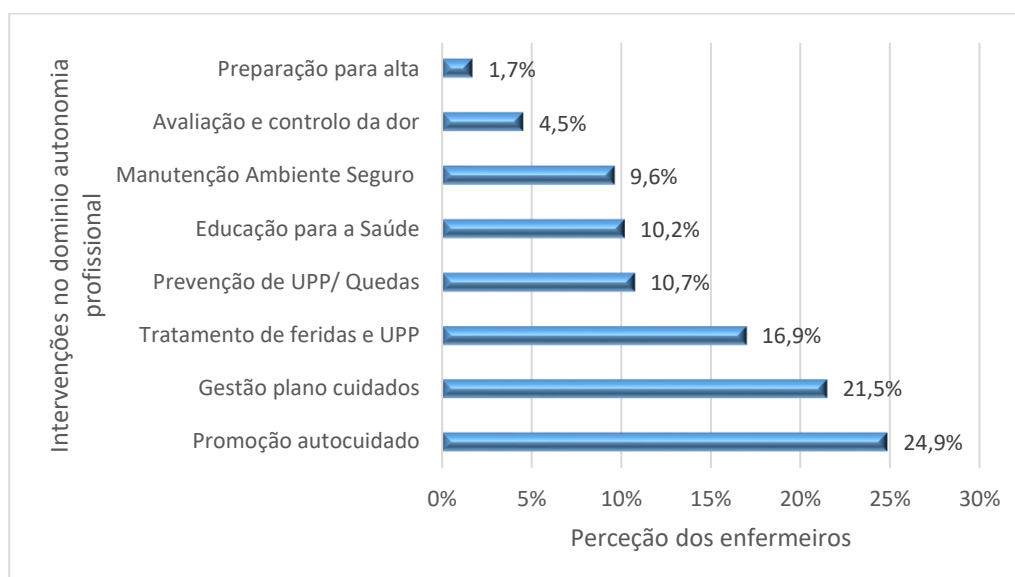


As últimas questões abertas referem-se à autonomia profissional do enfermeiro, no seu domínio autónomo e interdependente (Ordem dos enfermeiros, 2009). Das intervenções de enfermagem identificadas pelos enfermeiros onde é possível avaliar essencialmente o nível de autonomia profissional, estes evidenciaram a promoção da saúde (24,9%). Esta especificidade para o contexto

de internamento da RNCCI é congruente com os objetivos da mesma no sentido da capacitação das pessoas para melhorarem ou aumentarem o controle sobre a sua própria saúde (Gráfico 9).

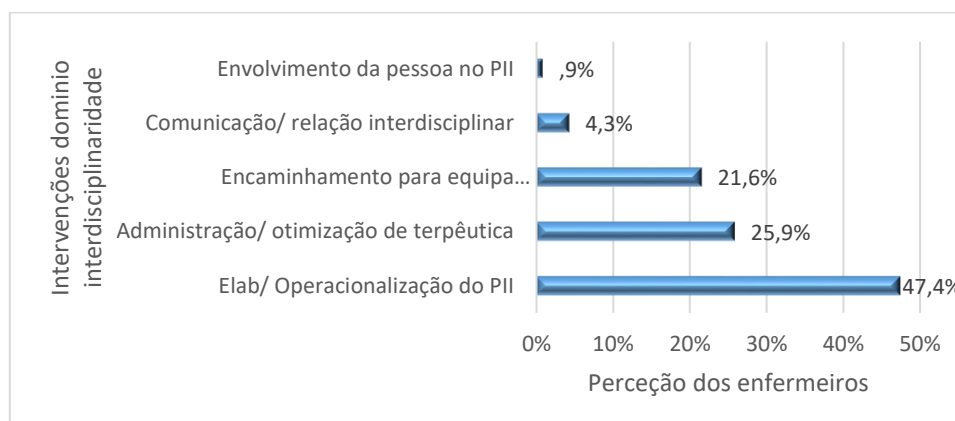
É destacada ainda a autonomia profissional na gestão do plano de cuidados (21,5%), sendo este alterado sempre que necessário em prol da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, assim como decorrente da avaliação das suas capacidades, ao longo de todo o processo de cuidados (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Responsabilidade profissional do enfermeiro na RNCCI – Intervenções no domínio da autonomia profissional



Nesta continuidade e na identificação de intervenções em que é avaliado essencialmente o nível da interdisciplinaridade, a elaboração e operacionalização do PII é evidenciada (47,5%); considera-se que a valorização desta intervenção interdependente de enfermagem denota a importância que os enfermeiros atribuem à multidisciplinaridade necessária na abordagem das pessoas internadas nestes contextos da RNCCI (Gráfico 10).

Gráfico 10- Responsabilidade profissional do enfermeiro na RNCCI – Intervenções no domínio da interdisciplinaridade



5.4 - TESTE DE HIPÓTESES

Após a exposição de dados relativos à estatística descritiva e também inferencial como a comparação de médias por intermédio da análise de variância (teste *t* para amostras independentes) relativos às Subescalas: *Conceção de enfermagem*, *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados*, apresentamos agora os resultados relativos às hipóteses formuladas anteriormente.

Sendo o teste de hipóteses um procedimento que conduz à decisão de aceitação ou rejeição das hipóteses formuladas, apresentamos neste subcapítulo a análise dos dados que nos permitem responder às mesmas (Macnee & McCabe, 2008).

Para o teste de hipóteses propomos três modelos explicativos elaborados, tendo por base a *Conceção de enfermagem* enquanto variável de estrutura, o *Processo de interação de cuidados* enquanto variável de processo e *Avaliação de resultados* enquanto variável de resultado.

Face às hipóteses delineadas optamos pela utilização de MRLS e MRM com procedimento *stepwise*, na sua verificação. Consideramos a utilização destes modelos de regressão, pois as variáveis incluídas nestes são quantitativas e contínuas – Subescalas (Laureano, 2013). Seleccionamos o método *stepwise* pois este permite fazer “entrar” uma a uma as variáveis que contribuem

significativamente para a predição da variável dependente e na equação pode eliminar qualquer variável já nela incluída se deixar de contribuir para a predição da variável dependente (Hill & Hill, 2012).

Foi dado também cumprimento a todos os pressupostos e requisitos inerentes à utilização deste modelo de análise, tais como: a existência de relação linear entre as variáveis incluídas na equação de regressão, variância amostral diferente de zero (homocedasticidade dos erros), média dos erros igual a zero, valores de erros com distribuição independentes uns dos outros ou não existência de autocorrelação (teste Durbin-Watson valores entre 1,82 a 2,08), os erros seguirem uma distribuição normal e inexistência de multicolinearidade (Pestana & Gageiro, 2014; Laureano, 2013).

Dos requisitos evidenciamos a ausência de multicolinearidade pois algumas das variáveis, possuem elevadas e moderadas correlações (Como exemplo: *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados*: $r = 0,729$; *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados*: $r = 0,467$). Pela análise das estatísticas Tolerância e VIF (*Tolerância* > 0,48 e *Variance Inflation Factor* (VIF) < 2,73), consideramos não existir problemas de multicolinearidade em qualquer uma das variáveis utilizadas (Hill & Hill, 2012; Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Modelo 1 - Hipóteses centradas na *Avaliação de resultados*:

Face ao nosso modelo de pesquisa e centrando-nos na *Avaliação de resultados*, iniciamos a verificação da **hipótese 1**: “A *Conceção de enfermagem* é preditora da *Avaliação de resultados*”, com a perspetiva de predição linear simples entre a *Conceção de enfermagem* que os enfermeiros possuem e a *Avaliação de resultados* sensíveis às intervenções de enfermagem.

Recorremos ao modelo seguinte:

$$Avaliação\ de\ resultados_i = \beta_0 + \beta_1 Conceção\ de\ enfermagem + \varepsilon_i$$

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Conceção de enfermagem*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Ao analisar a tabela 22, verifica-se uma relação de intensidade fraca entre a *Avaliação de resultados* e a *Conceção de enfermagem* ($r = ,337$). O coeficiente de determinação revela que apenas uma pequena proporção da variação da *Avaliação de resultados* é explicada pelo modelo, ou seja, pela *Conceção de enfermagem*. 11,3% da variação da *Avaliação de resultados* é explicada pela variação da *Conceção de enfermagem*, sendo os restantes 88,7% dessa variação explicados por outros fatores ou por erros de medição (Laureanao, 2013).

Tabela 22 – Resultados da análise de regressão da *Conceção de enfermagem* na *Avaliação de resultados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,337	,113	,107	4,594	1,951

Preditores: (Constante): *Conceção de enfermagem*

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p = 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que a *Conceção de enfermagem* influencia significativamente a *Avaliação de resultados* (Tabela 23).

Tabela 23 – Coeficientes relativos regressão da *Conceção de enfermagem* na *Avaliação de resultados*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	31,719	5,113		6,204	,000	21,602	41,836
	<i>Conceção de enfermagem</i>	,143	,035	,337	4,048	,000	,073	,213

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Em média uma melhor *Conceção de enfermagem* conduz a uma melhor *Avaliação de resultados*.

Na continuidade do modelo explicativo centrado na *Avaliação de resultados*, verificamos a **hipótese 2** que perspetiva a relação linear simples entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados*:

Hipótese 2 – O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor da *Avaliação de resultados*, com a equação seguinte:

$$\text{Avaliação de resultados}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Processo interação nos autocuidados} + \varepsilon_i$$

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado ao *Processo de interação nos autocuidados*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

A relação existente entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados* é moderada ($r = 0,465$), sendo que o coeficiente de determinação aponta para que 21,6% da variação da *Avaliação de resultados* seja explicada pela variação do *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 24)

Tabela 24 – Resultados da análise de regressão do *Processo de interação nos autocuidados* na *Avaliação de resultados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,465	,216	,209	4,012	2,089

Preditores: (Constante); *Processo interação nos autocuidados*
Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p = 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que o *Processo de interação nos autocuidados* influencia significativamente a *Avaliação de resultados* (Tabela 25).

Tabela 25 – Coeficientes relativos à regressão do *Processo de interação nos autocuidados* na *Avaliação de resultados*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	28,429	4,338		6,554	,000	19,835	37,023
	<i>Conceção de enfermagem</i>	,076	,014	,465	5,583	,000	,049	,104

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Em média um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Avaliação de resultados*.

Testamos agora a hipótese de que a *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados* em conjunto sejam preditores da *Avaliação de resultados*:

Hipótese 3 – A *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados* são preditores da *Avaliação de resultados*.

Recorremos ao modelo linear múltiplo seguinte:

$Avaliação\ de\ resultados_i = \beta_0 + \beta_1\ Conceção\ de\ enfermagem + \beta_2\ Processo\ interação\ nos\ autocuidados + \varepsilon_i$

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Conceção de enfermagem*; β_2 Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado ao *Processo de interação nos autocuidados*; ε_i - Variável aleatória residual).

Na tabela seguinte (Tabela 26) verifica-se que a variável que entra no modelo é o *Processo de interação nos autocuidados*.

Tabela 26 – Variáveis inseridas/removidas na regressão da *Conceção de enfermagem* e *Processo de interação nos autocuidados* na *Avaliação de resultados*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Ao observar a tabela 27 concluímos que a relação entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados* é moderada ($r= 0,453$). O coeficiente de determinação revela que 20,6% da variância da *Avaliação de resultados* é explicada pela variância do *Processo de interação nos autocuidados*.

Tabela 27 – Resultados da análise de regressão da *Conceção de enfermagem* e *Processo de interação nos autocuidados* na *Avaliação de resultados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,453	,206	,198	4,071	2,088

Preditores: (Constante): *Processo interação nos autocuidados*

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que o *Processo de interação nos autocuidados* influencia significativamente a *Avaliação de resultados* (Tabela 28).

Tabela 28 – Coeficientes relativos à regressão da *Conceção de enfermagem e Processo de interação nos autocuidados na Avaliação de resultados*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	28,983	4,566		6,347	,000	19,929	38,037
	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	,075	,014	,453	5,212	,000	,046	,104

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

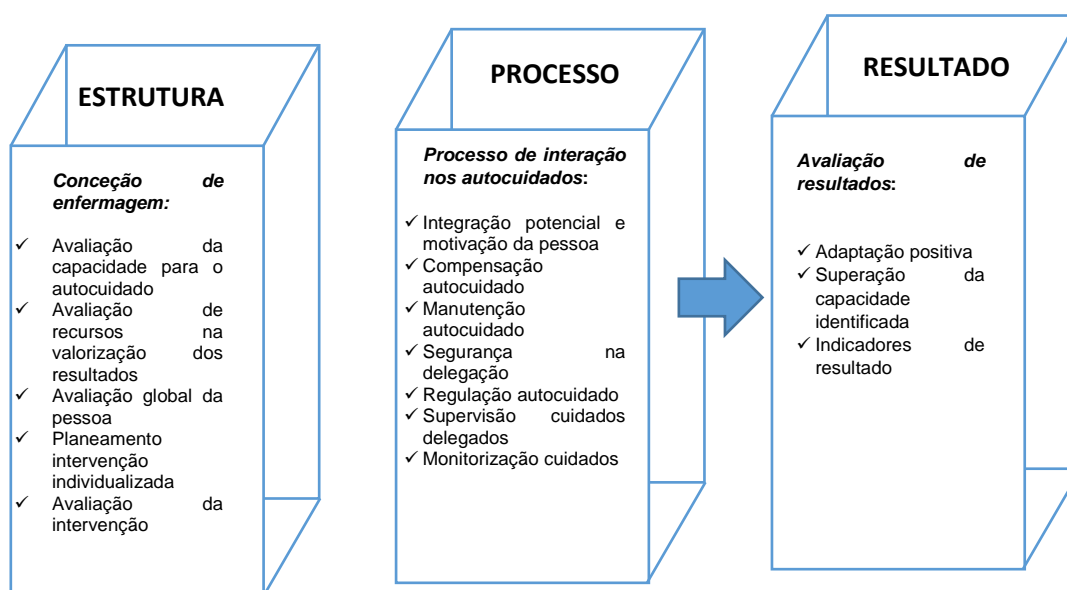
Em média um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Avaliação de resultados*.

O modelo 1 proposto (Hipóteses centradas na *Avaliação de resultados*) permite afirmar que:

- O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor (21,6%) da *Avaliação de resultados*; em média um melhor desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Avaliação de resultados*.

Esquemáticamente podemos representar o modelo 1 da seguinte forma (Figura 10):

Figura 10- Hipóteses centradas na *Avaliação de resultados*



Face a estes resultados, optamos por identificar que fatores do *Processo de interação nos autocuidados* mais contribuíam para as relações estabelecidas entre este e a *Avaliação de resultados*. Mantendo como variável dependente a *Avaliação de resultados* realizamos regressão linear múltipla com o procedimento stepwise após a verificação de todos os pressupostos já referidos anteriormente, recorrendo à seguinte equação:

$$\text{Avaliação de resultados}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{ Integração do potencial e motivação da pessoa} + \beta_2 \text{ Compensação do autocuidado} + \beta_3 \text{ Manutenção do autocuidado} + \beta_4 \text{ Segurança na delegação} + \beta_5 \text{ Regulação do autocuidado} + \beta_6 \text{ Supervisão dos cuidados delegados} + \beta_7 \text{ Monitorização dos cuidados} + \varepsilon_i$$

Pela tabela seguinte (Tabela 29) confirma-se que as variáveis que entram no modelo são a *Monitorização dos cuidados* e a *Supervisão dos cuidados delegados*.

Tabela 29 – Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados* na *Avaliação de resultados*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Monitorização dos cuidados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).
2	<i>Supervisão dos cuidados delegados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Constata-se na tabela 30, que a variável *Monitorização dos cuidados* é a primeira a entrar no modelo e a que tem maior poder preditivo, explicando 25,8% da variância da *Avaliação de resultados*. O modelo final de regressão explica 29,3% da variância da *Avaliação de resultados* e integra as dimensões *Monitorização dos cuidados* e *Supervisão dos cuidados delegados* (Tabela 30).

Tabela 30 – Resultados da análise de regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados na Avaliação de resultados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,508 ^a	,258	,252	3,903	1,983
2	,541 ^b	,293	,281	3,827	

^aPreditores: (Constante), *Monitorização dos cuidados*

^bPreditores: (Constante), *Monitorização dos cuidados*, *Supervisão dos cuidados delegados*

^cVariável dependente: *Avaliação de resultados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e os valores de significância associados ao teste *t* sendo inferiores a 0,05 permitem-nos concluir que a *Monitorização dos cuidados* e *Supervisão dos cuidados delegados* influenciam significativamente a *Avaliação de resultados*.

Concluimos que em média uma melhor *Monitorização dos cuidados* e uma melhor *Supervisão dos cuidados delegados*, conduzem a uma melhor *Avaliação de resultados* (Tabela 31).

Tabela 31– Coeficientes relativos à regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados na Avaliação de resultados*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	32,324	3,246		9,958	,000	25,893	38,755
Monitorização dos cuidados	1,169	,186	,508	6,272	,000	,800	1,539
2 (Constante)	30,035	3,328		9,024	,000	23,440	36,630
Monitorização de cuidados	,999	,197	,434	5,077	,000	,609	1,388
Supervisão dos cuidados delegados	,181	,077	,201	2,352	,020	,028	,333

Variável Dependente: *Avaliação de resultados*

Modelo 2 - Hipóteses centradas no *Processo de interação nos autocuidados*:

Face ao modelo de pesquisa, centramo-nos agora no *Processo de interação nos autocuidados* e testamos as hipóteses delineadas neste sentido.

Consideramos como hipótese:

Hipótese 4 – A *Conceção de enfermagem* é preditora do *Processo de interação nos autocuidados*, com o modelo linear seguinte:

Processo interação nos autocuidados $= \beta_0 + \beta_1$ *Conceção de enfermagem* + ε_i

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Conceção de enfermagem*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Verifica-se uma relação de intensidade forte entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Conceção de enfermagem* ($r = 0,729$). O coeficiente de determinação revela que 53,1% do *Processo de interação nos autocuidados* é explicado pela *Conceção de enfermagem*, considerando-se este valor muito relevante e superior ao expectável em ciências comportamentais (Marôco, 2014; Loureiro, Ferreira, & Fernandes, 2010). Assim, podemos dizer que mais de metade da variação do *Processo de interação nos autocuidados* é explicado pela variação da *Conceção de enfermagem* (Tabela 32).

Tabela 32 – Resultados da análise de regressão da *Conceção de enfermagem* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,729	,531	,527	18,770	1,829

a. Preditores: (Constante): *Conceção de enfermagem*

b. Variável Dependente: *Processo interação nos autocuidados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p = 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* ($p = 0,000$), permite-nos concluir que a

Conceção de enfermagem influencia significativamente o *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 33).

Em média uma melhor *Conceção de enfermagem* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados*.

Tabela 33 – Coeficientes relativos à regressão da *Conceção de enfermagem* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	70,605	22,111		3,193	,002	26,782	114,427
<i>Conceção de enfermagem</i>	1,711	,154	,729	11,118	,000	1,406	2,016

Variável Dependente: *Processo interação nos autocuidados*

Na continuidade das hipóteses delineadas centradas no *Processo de interação nos cuidados*, testamos a seguinte hipótese:

Hipótese 5 – A *Avaliação de resultados* é preditora do *Processo de interação nos autocuidados*, definindo o modelo linear seguinte:

$$\text{Processo interação nos autocuidados}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{ Avaliação de resultados} + \varepsilon_i$$

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Avaliação de resultados*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

A relação existente entre a *Avaliação de resultados* e o *Processo de interação nos autocuidados* é moderada ($r = 0,465$), sendo que o coeficiente de determinação aponta para que 21,6% da variação do *Processo de interação nos autocuidados* de seja explicada pela variação da *Avaliação de resultados* (Tabela 34)

Tabela 34 – Resultados da análise de regressão da *Avaliação da intervenção no Processo de interação nos autocuidados*.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,465 ^a	,216	,209	24,391	1,963

a. Preditores: (Constante): *Avaliação de resultados*

b. Variável Dependente: *Processo interação nos autocuidados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p=0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* ($p=0,000$), permite-nos concluir que a *Avaliação de resultados* influencia significativamente o *Processo de interação nos autocuidados*.

Em média uma melhor *Avaliação dos resultados* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 35).

Tabela 35 – Coeficientes relativos à regressão da *Avaliação da intervenção no Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	166,908	26,709		6,249	,000	113,994	219,823
<i>Avaliação de resultados</i>	2,827	,506	,465	5,583	,000	1,824	3,830

Variável Dependente: *Processo interação nos autocuidados*

Pretendemos agora testar a hipótese de que a *Conceção de enfermagem* em conjunto com a *Avaliação de resultados* são preditores do *Processo de interação nos autocuidados*.

Hipótese 6 - A *Conceção de enfermagem* e a *Avaliação de resultados* são preditores do *Processo de interação nos autocuidados*, definindo o seguinte modelo:

Processo interação nos autocuidados $= \beta_0 + \beta_1$ *Conceção de enfermagem* + β_2 *Avaliação de resultados* + ε_i

(β_0 – Constante; β_1 e β_2 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados*; ε_i - Variável aleatória residual)

Pela tabela seguinte (Tabela 36), verifica-se que as duas variáveis entram no modelo: *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados*

Tabela 36 - Variáveis inseridas/removidas da regressão da *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Conceção de enfermagem</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).
2	<i>Avaliação de resultados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).

a. Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Verifica-se que as duas variáveis entram no modelo explicativo, sendo que a *Conceção de enfermagem* é a primeira variável a entrar no modelo, com poder de explicação de 52,1%; as relações entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados* são relações fortes ($r = 0,722$ e $r = 0,758$ respetivamente).

O coeficiente de determinação revela que 57,5% do *Processo e interação nos autocuidados* é explicado pela *Conceção de enfermagem* em conjunto com a *Avaliação de resultados*, sendo este valor bastante relevante (Tabela 37).

Tabela 37 – Resultados da análise de regressão da *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,722 ^a	,521	,517	19,109	
2	,758 ^b	,575	,567	18,095	1,919

^aPreditores: (Constante), *Conceção de enfermagem*

^bPreditores: (Constante), *Conceção de enfermagem*; *Avaliação de resultados*

^cVariável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e os valores de significância associados ao teste *t* sendo inferiores a 0,05 permite-nos concluir que *Conceção de enfermagem* e a *Avaliação de resultados* influenciam significativamente o *Processo de interação nos autocuidados*.

Concluimos que em média uma melhor *Conceção de enfermagem* e uma melhor *Avaliação de resultados*, conduzem a um melhor desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 38).

Tabela 38 – Coeficientes relativos à regressão da *Conceção de enfermagem* e *Avaliação de resultados* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	71,641	22,946		3,122	,002	26,144	117,139
<i>Avaliação de resultados</i>	1,704	,159	,722	10,693	,000	1,388	2,020
2 (Constante)	20,614	25,903		,796	,042	30,752	71,980
<i>Conceção de enfermagem</i>	1,516	,160	,643	9,505	,000	1,200	1,833
<i>Avaliação de resultados</i>	1,479	,409	,245	3,619	,000	,669	2,290

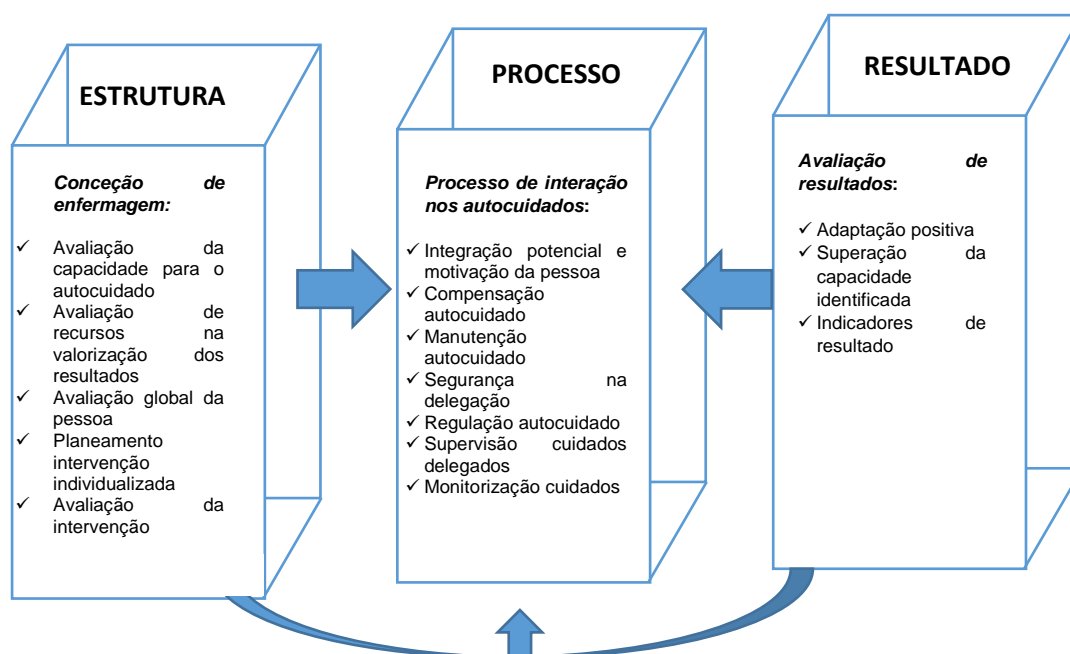
Variável dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Concluimos assim, pelo modelo 2 proposto (Hipóteses centradas no *Processo de interação nos autocuidados*):

- A *Conceção de enfermagem* é preditora (53,1%) do *Processo de interação nos autocuidados*; em média uma melhor *Conceção de enfermagem* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados*.
- A *Avaliação de resultados* é preditora (21,6%) do *Processo de interação nos autocuidados*; em média uma melhor *Avaliação dos resultados* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados*.
- A *Conceção de enfermagem* e a *Avaliação de resultados* são preditoras (57,5%) do *Processo de interação nos autocuidados*; em média uma melhor *Conceção de enfermagem* e uma melhor *Avaliação de resultados*, conduzem a um melhor desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados*.

Esquemáticamente podemos representar o modelo 2 da seguinte forma (Figura 11):

Figura 11 – Hipóteses centradas no *Processo de interação nos autocuidados*



Face a estes resultados optamos por perceber que fatores da *Conceção de enfermagem* e da *Avaliação de resultados* mais corroboram na predição do *Processo de intervenção nos autocuidados*.

Para perceber quais os fatores da *Conceção de enfermagem* delineamos o modelo seguinte:

Processo de interação nos autocuidados $\hat{y}_i = \beta_0 + \beta_1$ *Avaliação da capacidade para o autocuidado* $+ \beta_2$ *Avaliação de recursos na valorização dos resultados* $+ \beta_3$ *Avaliação global da pessoa* $+ \beta_4$ *Planeamento da intervenção individualizada* $+ \beta_5$ *Avaliação da intervenção* $+ \epsilon_i$

A tabela seguinte (Tabela 39) confirma as variáveis que entram no modelo sendo estas: *Avaliação da capacidade para o autocuidado*, *Avaliação global da pessoa* e *Avaliação de recursos na valorização de resultados*.

Tabela 39 - Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores da *Conceção de enfermagem* no *Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Avaliação da capacidade para o autocuidado</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).
2	<i>Avaliação global da pessoa</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).
3	<i>Avaliação de recursos na valorização dos resultados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido $\leq ,050$, Probabilidade de F a ser removido $\geq ,100$).

a. Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Assim, verifica-se que as três variáveis explicam 54,3% da variação do *Processo de interação nos autocuidados*. Podemos ainda salientar que a *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado* foi a primeira a entrar na equação

explicando 35,9% da variação do *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 40).

Tabela 40 – Resultados da análise de regressão dos fatores da *Conceção de enfermagem no Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,599 ^a	,359	,353	21,955	1,725
2	,713 ^b	,509	,500	19,307	
3	,737 ^c	,543	,530	18,707	

^a Preditores: (Constante), *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado*

^b Preditores: (Constante), *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado*, *Avaliação global da pessoa*

^c Preditores: (Constante), *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado*, *Avaliação global da pessoa*, *Avaliação de recursos na valorização de resultados*

^d Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e os valores de significância associados ao teste *t* (inferiores a 0,05) permitem-nos concluir que a *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado*, a *Avaliação global da pessoa* e a *Avaliação de recursos na valorização de resultados*, influenciam significativamente o *Processo de interação nos autocuidados*.

Concluimos que em média um melhor desenvolvimento da *Avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado*, a *Avaliação global da pessoa* e a *Avaliação de recursos na valorização de resultados*, conduzem a um melhor *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 41).

Tabela 41 – Coeficientes relativos à regressão dos fatores da *Conceção de enfermagem no Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
	B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	156,145	20,525		7,608	,000	115,466	196,825
<i>Avaliação da capacidade para o autocuidado</i>	3,148	,403	,599	7,811	,000	2,349	3,947
2 (Constante)	101,140	20,436		4,949	,000	60,633	141,647
<i>Avaliação da capacidade para o autocuidado</i>	2,455	,374	,467	6,557	,000	1,713	3,198
<i>Avaliação global da pessoa</i>	5,182	,903	,409	5,740	,000	3,393	6,972
3 (Constante)	83,306	20,776		4,010	,000	42,121	124,492
<i>Avaliação da capacidade para o autocuidado</i>	1,841	,423	,350	4,356	,000	1,003	2,679
<i>Avaliação global da pessoa</i>	4,294	,929	,339	4,620	,000	2,451	6,136
<i>Avaliação de recursos na valorização dos resultados</i>	1,827	,644	,241	2,835	,005	,549	3,104

Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Para perceber quais os fatores da *Avaliação de resultados* mais preditores do *Processo de interação nos autocuidados*, delineamos o modelo seguinte:

Processo de interação nos autocuidados $i = \beta_0 + \beta_1$ Adaptação positiva + β_2 Superação da capacidade identificada + β_3 Indicadores de resultados + ϵ_i

Pela tabela seguinte (Tabela 42), verifica-se que as variáveis que entram no modelo são: *Indicadores de resultado* e *Adaptação positiva*.

Tabela 42 - Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores da *Avaliação de resultados no Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Indicadores de resultado</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).
2	<i>Adaptação positiva</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Na tabela 43 pode-se observar que as variáveis *Indicadores de resultados* e a *Adaptação positiva* explicam 23,1% da variação do *Processo de interação nos autocuidados*. Salientamos que a variável *Indicadores de resultados* é a variável que possui maior poder preditivo (17,8%).

Tabela 43 – Resultados da análise de regressão dos fatores da *Avaliação de resultados no Processo de interação nos autocuidados*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,422 ^a	,178	,171	24,978	
2	,480 ^b	,231	,217	24,272	1,975

^a Preditores: (Constante), *Indicadores de resultados*

^b Preditores: (Constante), *Indicadores de resultados*, *Adaptação positiva*

^c Variável Dependente: *Processo de interação nos autocuidados*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e os valores de significância associados ao teste *t* (inferiores a 0,05) permite-nos concluir que os *Indicadores de resultados* e a *Adaptação positiva* influenciam significativamente o *Processo de interação nos autocuidados*.

Concluimos que em média o desenvolvimento de *Indicadores de resultados* e a *Adaptação positiva*, conduzem a um melhor *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 44).

Tabela 44– Coeficientes relativos regressão dos fatores da *Avaliação de resultados* no *Processo de interação nos autocuidados*

		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	208,985	21,653		9,651	,000	166,086	251,885
	<i>Indicadores de resultado</i>	6,217	1,257	,422	4,947	,000	3,727	8,706
2	(Constante)	171,940	24,932		6,896	,000	122,540	221,339
	<i>Indicadores de resultado</i>	5,058	1,291	,343	3,918	,000	2,500	7,615
	<i>Adaptação positiva</i>	2,596	,937	,243	2,770	,007	,739	4,454

Modelo 3 - Hipóteses centradas na *Conceção de enfermagem*

Centrando-nos agora na *Conceção de enfermagem*, testamos a hipótese 7 - A *Avaliação de resultados* é preditora da *Conceção de enfermagem*, recorrendo à seguinte equação de regressão:

$$\text{Conceção de enfermagem}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Avaliação de resultados} + \varepsilon_i$$

(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado à *Avaliação de resultados*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Ao analisar a tabela 45, verifica-se uma relação de intensidade fraca entre a *Avaliação de resultados* e a *Conceção de enfermagem* ($r = 0,337$). O coeficiente de determinação revela que apenas uma pequena proporção da variação da *Conceção de enfermagem* é explicada pelo modelo, ou seja, pela *Avaliação de resultados*. 11,3% da variação da *Conceção de enfermagem* é explicada pela variação da *Avaliação de resultados*.

Tabela 45- Resultados da análise de regressão da *Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,337 ^a	,113	,107	10,818	1,970

^a Preditores: (Constante), *Avaliação de resultados*

^b Preditores: (Constante), *Conceção de enfermagem*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que que a *Avaliação de resultados* influencia significativamente a *Conceção de enfermagem*.

Em média uma melhor *Avaliação de resultados* conduz a uma melhor *Conceção de enfermagem* (Tabela 46).

Tabela 46 – Coeficientes relativos à regressão da *Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	102,691	10,303		9,967	,000	82,305	123,078
	<i>Avaliação de resultados</i>	,793	,196	,337	4,048	,000	,406	1,181

a. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Pretendemos agora testar a hipótese de que o *Processo de interação nos autocuidados* seja preditor da *Conceção de enfermagem*:

Hipótese 8 - O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor da *Conceção de enfermagem*

Recorremos à seguinte equação de regressão:

Conceção de enfermagem $= \beta_0 + \beta_1$ *Processo de interação nos autocuidados* + ε_i
(β_0 – Constante; β_1 – Declive da reta, ou coeficiente de regressão associado ao *Processo de interação nos autocuidados*; ε_i - Variável aleatória residual)

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Verifica-se uma relação de intensidade forte entre a *Conceção de enfermagem* e o *Processo de interação nos autocuidados* ($r = 0,729$). O coeficiente de determinação revela que 53,1% da *Conceção de enfermagem* é explicada pelo do *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 47).

Tabela 47- Resultados da análise de regressão do *Processo de interação nos autocuidados* na *Conceção de enfermagem*

Modelo	R	R ²	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,729 ^a	,531	,527	7,998	1,826

a. Preditores: (Constante), *Processo de interação nos autocuidados*

b. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p = 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que o *Processo de interação nos autocuidados* influencia significativamente a *Conceção de enfermagem*.

Em média um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Conceção de enfermagem* (Tabela 48).

Tabela 48 – Coeficientes relativos à regressão do *Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	45,184	8,851		5,105	,000	27,642	62,726
	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	,311	,028	,729	11,118	,000	,255	,366

a. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Na continuidade do teste de hipóteses centradas na *Conceção de enfermagem* testamos a influência das variáveis *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados* em conjunto, na variável *Conceção de enfermagem*:

Hipótese 9 – O *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados* são preditores da *Conceção de enfermagem*

Recorremos à seguinte equação de regressão:

$$\text{Conceção de enfermagem}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Processo interação nos autocuidados} + \beta_2 \text{Avaliação de resultados} + \varepsilon_i$$

Na tabela seguinte (Tabela 49), verifica-se que a variável que entra no modelo é o *Processo de interação nos autocuidados*.

Tabela 49 - Variáveis inseridas/removidas da regressão do *Processo de interação nos autocuidados* e da *Avaliação de resultados* na *Conceção de enfermagem*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>		Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

A avaliação da qualidade da hipótese proposta

Verificamos que apenas a variável *Processo de interação nos autocuidados* entrou no modelo explicativo.

A relação entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Conceção de enfermagem* é forte ($r = 0,722$), sendo que o coeficiente de determinação revela que 52,1% da *Conceção de enfermagem* é explicada pelo *Processo de interação nos autocuidados* (Tabela 50).

Tabela 50 – Resultados da análise de regressão do *Processo de interação nos autocuidados* e da *Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro de estimativa	Durbin-Watson
1	,722	,521	,517	8,098	1,827

a. Preditores: (Constante): *Processo interação nos autocuidados*

b. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p = 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que o *Processo de interação nos autocuidados* influencia significativamente a *Conceção de enfermagem*.

Em média um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Conceção de enfermagem* (Tabela 51).

Tabela 51 – Coeficientes relativos à regressão do *Processo de interação nos autocuidados* e da *Avaliação de resultados na Conceção de enfermagem*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	46,795	9,082		5,153	,000	28,788	64,803
	<i>Processo de interação nos autocuidados</i>	,306	,029	,722	10,693	,000	,249	,366

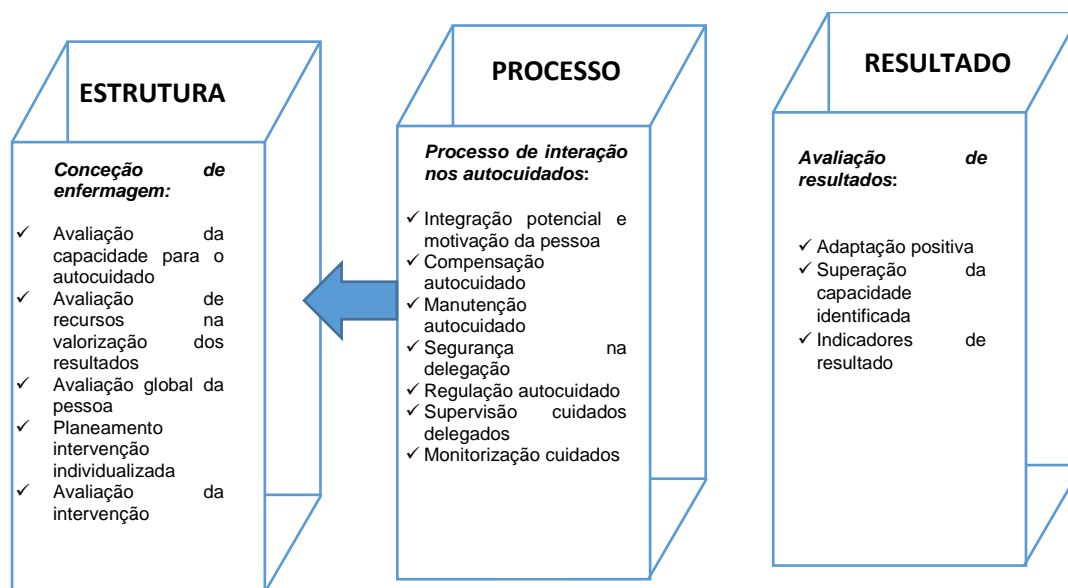
a. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Concluimos assim, relativamente ao modelo 3 proposto (Hipóteses centradas na *Conceção de enfermagem*), que:

- O *Processo de interação nos autocuidados* é preditor (52,1%) da *Conceção de enfermagem*; um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Conceção de enfermagem*.

Esquemáticamente podemos representar o modelo 3 da seguinte forma (Figura 12):

Figura 12 – Hipóteses centradas na *Conceção de enfermagem*



Perante estes resultados à semelhança dos modelos anteriores optamos por perceber que fatores do *Processo de interação nos autocuidados* teriam maior poder preditivo na *Conceção de enfermagem* partindo da seguinte equação de regressão linear múltipla:

$$\begin{aligned} \text{Conceção de enfermagem} = & \beta_0 + \beta_1 \text{ Integração do potencial e motivação da pessoa} \\ & + \beta_2 \text{ Compensação do autocuidado} + \beta_3 \text{ Manutenção do autocuidado} + \beta_4 \\ & \text{Segurança na delegação dos cuidados} + \beta_5 \text{ Regulação do autocuidado} + \beta_6 \\ & \text{Supervisão dos cuidados delegados} + \beta_7 \text{ Monitorização dos cuidados} + \epsilon_i \end{aligned}$$

Pela tabela seguinte (tabela 52) verifica-se que as variáveis que entram no modelo são a *Compensação do autocuidado* e a *Segurança na delegação dos cuidados*.

Tabela 52- Variáveis inseridas/removidas da regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem*

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	<i>Compensação do autocuidado</i>		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).
2	<i>Segurança na delegação dos cuidados</i>		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido \leq ,050, Probabilidade de F a ser removido \geq ,100).

a. Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

As duas variáveis *Compensação do autocuidado* e *Segurança na delegação dos cuidados* possuem um valor preditivo de 55,2%. De referir que a *Compensação do autocuidado* é a variável que explica 47,3% da variância da *Conceção de enfermagem* (Tabela 53).

Tabela 53 - Resultados da análise de regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro de estimativa	Durbin-Watson
1	,688 ^a	,473	,468	8,482	
2	,743 ^b	,552	,544	7,854	1,850

^a Preditores: (Constante), *Compensação do autocuidado*

^b Preditores: (Constante), *Compensação do autocuidado*, *Segurança na delegação*

^c Variável Dependente: *Conceção de enfermagem*

Significância global e dos parâmetros

O teste *F* permitiu verificar que existe capacidade explicativa ($p= 0,000$) e o valor de significância associado ao teste *t* sendo de 0,000, permite-nos concluir que

que a *Compensação do autocuidado* e a *Segurança na delegação de cuidados* influenciam significativamente a *Conceção de enfermagem*.

Em média uma melhor *Compensação do autocuidado* e uma melhor *Segurança na delegação de cuidados* conduzem a uma melhor *Conceção de enfermagem* (Tabela 54).

Tabela 54 – Coeficientes relativos à regressão dos fatores do *Processo de interação nos autocuidados na Conceção de enfermagem*

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p	95% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
1	(Constante)	70,452	7,402		9,519	,000	55,783	85,122
	<i>Compensação no autocuidado</i>	1,404	,142	,688	9,891	,000	1,123	1,685
2	(Constante)	56,898	7,522		7,565	,000	41,989	71,807
	<i>Compensação no autocuidado</i>	,962	,166	,471	5,798	,000	,633	1,290
	<i>Segurança na delegação de cuidados</i>	,765	,175	,355	4,374	,000	,418	1,111

PARTE IV

Analizamos os resultados obtidos nos estudos face ao modelo de pesquisa e propomos o modelo de intervenção em cuidados continuados – Modelo da qualidade e efetividade de cuidados em contexto de RNCCI.

6 - INDICADORES DE RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Alicerçados no modelo de pesquisa anteriormente definido, construído com base no NREM (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998), no qual emerge a *Conceção de enfermagem* enquanto variável de estrutura, o *Processo de interação de cuidados* enquanto variável de processo e a *Avaliação de resultados* enquanto variável de resultado, e atendendo a que se trata de um estudo exploratório num contexto emergente de cuidados, ensaiámos três modelos estatísticos explicativos, nos quais o resultado esperado procura traduzir a relação dos resultados com fatores estruturais e de processo (Hall, Doran, & Pink, 2004; Doran, et al., 2006; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013).

Relativamente ao **primeiro modelo** explicativo, o *Processo de interação nos autocuidados* é evidenciado face à Avaliação da intervenção (21,6%), essencialmente explicados pelos fatores *Supervisão dos cuidados delegados* e *Monitorização dos cuidados*.

Tais achados remetem para a posição privilegiada dos enfermeiros, estando sempre ou quase sempre presentes nas experiências das pessoas com as equipas multiprofissionais (Carroll, 2005), assegurando a manutenção de cuidados seguros.

O valor referido em epígrafe, pode ainda estar relacionados com o facto do papel de gestor nestes contextos nem sempre ser assumido pelo enfermeiro,

emergindo a supervisão como uma oportunidade para o enfermeiro monitorizar, educar e apoiar elementos funcionalmente dependentes.

A relação entre o *Processo de interação nos autocuidados* e a *Avaliação de resultados*, dá-nos uma indicação concreta da perspetiva da relação entre processo e resultado (21,6%), assumindo de que forma os enfermeiros perspetivam o sucesso das intervenções desenvolvidas o que vai ao encontro da perspetiva de que a enfermagem se torna visível pela ação do enfermeiro (Carper, 1997; Amendoeira, 2006b).

Paralelamente, na dimensão dos resultados, as questões abertas permitiram-nos ainda alguns resultados de maior interesse que na perspetiva dos participantes, são considerados de alta sensibilidade à intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado à pessoa em situação de dependência, nomeadamente a obtenção de níveis de independência e autonomia da pessoa (valorizado em 57,9% das respostas), seguindo-se o nível de satisfação da mesma (16,4%). Tais achados vão ao encontro da necessidade de uma estrutura para guiar a avaliação dos resultados das intervenções de Enfermagem, assentes em algumas proposições, que deverão ser confirmadas em diferentes contextos de cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Simultaneamente, os resultados considerados atribuíveis à intervenção específica do enfermeiro na preparação do regresso a casa, situam-se maioritariamente na capacitação do prestador de cuidados, quer no domínio operacional (31,6%) quer cognitivo (25,7%), e ainda na promoção da independência e autocuidado (18,7%), congruente com o sistema educativo e de suporte (Orem, 2001). Face a estes resultados o enfermeiro auxilia o cliente proporcionando-lhe um contexto que estimule o desenvolvimento de capacidades no sentido de se tornar um agente ativo do seu autocuidado; as dimensões do autocuidado e do ser cuidado advêm da relação estabelecida entre a pessoa em transição e o seu cuidador (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000), assumindo-se o enfermeiro como agente facilitador daquele processo.

Estes resultados vão ao encontro da perspetiva de Petronilho (2012), que refere a melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa como um fator modificável no processo de transição, assumindo que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, que aumentem os

conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões, decorrente das transições, ao longo do ciclo vital. (Petronilho, 2012; Meleis, 2011).

Paralelamente, destaca-se o papel de “Gestor de Caso” que, quando assumido pelo enfermeiro na unidade, promoveria, na perspectiva dos enfermeiros participantes, a identificação de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, uma vez que possibilita uma visão global/holística da pessoa, e simultaneamente a monitorização do Plano individual de intervenção/plano de cuidados (36% das respostas), perspectivas congruentes com Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher (2000), segundo os quais os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais, indo também ao encontro do modelo de partida (Doran, et al., 2006), cujos pressupostos incluem a visão da relação enfermeiro – pessoa como um processo de interação e de gestão do plano de cuidados.

No âmbito deste estudo, e partindo do modelo organizador (NREM) constatamos que na perspectiva dos enfermeiros participantes, o *Processo de interação dos autocuidados* é preditor da *Avaliação de resultados*.

Num **segundo modelo**, ao pretendemos compreender a influência das variáveis de estrutura e resultado no *Processo de interação nos autocuidados*. Definimos a hipótese teórica de que a *Conceção de enfermagem* é preditora do *Processo de interação nos autocuidados* que veio a confirmar-se estatisticamente (53,1%), traduzindo uma intencionalidade subjacente às intervenções de enfermagem na RNCCI, que se apresentam como sistematizadas e enraizadas numa conceção teórica, relevando a importância de uma estrutura de pensamento sistematizada e organizada (Carper, 1997; Amendoeira, 2006b) tradutora de uma consonância da conceção com a interação, promotora da fusão de um conhecimento teórico e prático (Benner, 2005) e de uma permuta constante entre teoria e prática (Souza, 2012). Constata-se de forma clara a coerência existente com a dimensão da *Conceção de enfermagem*.

Além da relação estatística da hipótese de que a *Avaliação de resultados* influencia o *Processo de interação nos autocuidados* (21,6%), foi ainda possível constatar que o *Processo de interação dos autocuidados* é simultaneamente influenciado pela *Conceção dos enfermeiros* e pela *Avaliação de resultados* (57,5%), o que permite vincular o papel da enfermagem aos resultados atingidos (Doran, et al., 2006). Esta relação explica-se fundamentalmente pelos fatores:

Avaliação da capacidade para o autocuidado; Avaliação de recursos na valorização de resultados; Avaliação global da pessoa; Indicadores de resultados e Adaptação positiva. Esta evidencia a mobilização do modelo de Orem (2001), perspetivando a avaliação das capacidades da pessoa para a realização do autocuidado e o desenvolvimento de julgamentos sobre os significados dos resultados do *Processo de interação nos autocuidados*, fazendo ou recomendando adaptações no sistema de cuidados de enfermagem, averiguando a suficiência e eficácia das intervenções desenvolvidas (George, 2000; Orem, 2001); assume-se que a capacidade de adaptação é influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 1994).

Estes aspetos vão ao encontro da valorização da experiência do cliente numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis, 2010), cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de avaliar as mesmas, nomeadamente no que se refere a: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000; Petronilho, 2009).

No âmbito do *Processo de interação nos autocuidados*, a avaliação das necessidades da pessoa no primeiro encontro foi uma das dimensões valorizadas, tendo como principais finalidades a elaboração do plano de cuidados (66,5%) e a operacionalização do processo de enfermagem (22,8%) Estes resultados vão ao encontro das premissas definidas por Meleis (2000), quando defende a necessidade de gerar conhecimento para o conseguirmos aplicar nos cuidados de enfermagem; para tal a caracterização dos indivíduos e das suas necessidades em cuidados de saúde é um dos primeiros passos.

Assumindo-se as intervenções preditores de resultados na RNCCI, foi ainda possível identificar com as questões abertas, as que se afiguram mais relevantes para os enfermeiros participantes, o que nos permitiu simultaneamente avaliar alguns aspetos do potencial e da qualidade das mesmas. Pela sua análise, salienta-se que na perspetiva dos enfermeiros participantes, a apreciação de hábitos e capacidades, se apresenta como transversalmente relevante em todas as intervenções que concretizam com as pessoas nos diferentes processos de autocuidado, e ainda nas situações de dor e úlceras de pressão, com valores

percentuais que oscilam entre 31,4% e 44,3%; a segunda dimensão mais relevante neste processo situa-se nas estratégias de intervenção face a situações problema, com valores que oscilam entre 14,4% e 33,6% das intervenções mais valorizadas.

Tais achados são congruentes com dois sistemas de intervenção terapêutica definidos por Orem (2001), no sentido de dar resposta aos requisitos de autocuidado: o sistema parcialmente compensatório e o sistema totalmente compensatório, face à pessoa incapaz de realizar as suas atividades de autocuidado.

Perspetivamos que o potencial das intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros enquanto resposta às necessidades da pessoa idosa se enraízem na *Conceção de enfermagem* que os enfermeiros detêm assim como na Avaliação da sua intervenção na obtenção de resultados sensíveis.

No **terceiro modelo explicativo**, testámos a influência das variáveis *Processo de interação nos autocuidados* e *Avaliação de resultados* em conjunto, na variável *Conceção de enfermagem*. Concluimos que o *Processo de interação nos autocuidados* revelou-se preditor da *Conceção de enfermagem*; ao procuramos aprofundar esta relação e atendendo à reciprocidade da mesma, verificamos que aquela se explica essencialmente pelos fatores: *Compensação do autocuidado* e *Segurança na delegação dos cuidados*, evidenciando a intervenção do enfermeiro face às necessidades de autocuidado e de proteção da pessoa neste âmbito.

As evidências apontam para sistemas básicos de intervenção de enfermagem, nomeadamente totalmente ou parcialmente compensatórios (Orem, 2001) reforçando o desafio colocado aos enfermeiros face à necessidade de apoio nos processos de transição, procurando compreendê-los e planear intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista à estabilidade e sensação de bem-estar (Meleis, 2011), assumindo que assistir pessoas em processos de transição se constitui a dimensão mais relevante da disciplina de enfermagem.

Tais achados mostram, que toda a ação decorre tendo por intenção a obtenção de resultados, que se traduzem em ganhos em saúde para as pessoas, contribuindo para uma enfermagem mais eficaz e mais significativa para as pessoas-clientes na RNCCI.

7 - PROPOSTA DE MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS – O CASO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO

Este capítulo é consagrado à apresentação de um *modelo*, com base no que anteriormente apresentámos na discussão e análise de dados, partindo da hipótese teórica e do que concetualmente consideramos importante (modelo de pesquisa) suportado pelas hipóteses estatísticas.

O modelo de partida apresenta uma estrutura para guiar a avaliação dos resultados dos cuidados de Enfermagem e assenta em proposições, que deverão ser confirmadas em diferentes contextos de cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

O modelo proposto (Figura 13) preconiza uma lógica de reciprocidade e dinâmica, assumindo a **pessoa** (cliente) como agente de autocuidado (Orem, 2011), incluindo dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais (Meleis, 2011), na qual valorizamos a sua capacidade de autoconhecimento (Orem, 2011), assumindo paralelamente o conceito de **Saúde** como um estado de totalidade, englobando aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais (Orem, 2001). Integrámos ainda nesta perspetiva o conceito de transição de saúde/doença, no qual a pessoa por ação deliberada, troca de energia com o **ambiente** para atender as necessidades de autocuidado, sendo aquele entendido como as condições e as características ambientais relevantes para o autocuidado da pessoa (Orem, 2001). A **Enfermagem** é valorizada na perspetiva da manutenção do autocuidado contínuo, articulado com o de intervenções terapêuticas em enfermagem, visando o contributo específico das mesmas para alcançar resultados esperados, na perspetiva dos enfermeiros participantes nos contextos em estudo.

Trata-se de um modelo tradutor do desafio colocado aos profissionais nestes contextos, no sentido da mobilização de estratégias capazes de ajudar as pessoas que experienciam mudanças significativas, transições (Meleis, 2011) nas suas capacidades de desempenho no autocuidado (Orem, 2001), permitindo identificar novas variáveis “condicionantes”, resultantes “em” ou “de” défices e compromissos

no autocuidado, tradutoras de transições relevantes para a enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000).

Os enfermeiros participantes neste estudo consideram a *Conceção de enfermagem* orientadora da prática, em que a intervenção de enfermagem tem por base a recolha e organização dos dados a sua análise e interpretação, com formulação dos diagnósticos de enfermagem e a planificação das intervenções.

Perspetivamos que o potencial das intervenções de enfermagem enquanto resposta às necessidades da pessoa idosa se enraízem na *Conceção de enfermagem* que os enfermeiros detêm assim como na obtenção de resultados sensíveis à sua intervenção.

A relação entre fatores de estrutura, processo e resultado, na perspetiva dos enfermeiros nos contextos de cuidados em estudo, vai para além das identificadas no modelo original *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), sendo que a confirmação estatística das hipóteses teóricas fez emergir a relação intrínseca entre variáveis, que se traduzem nos seguintes pressupostos:

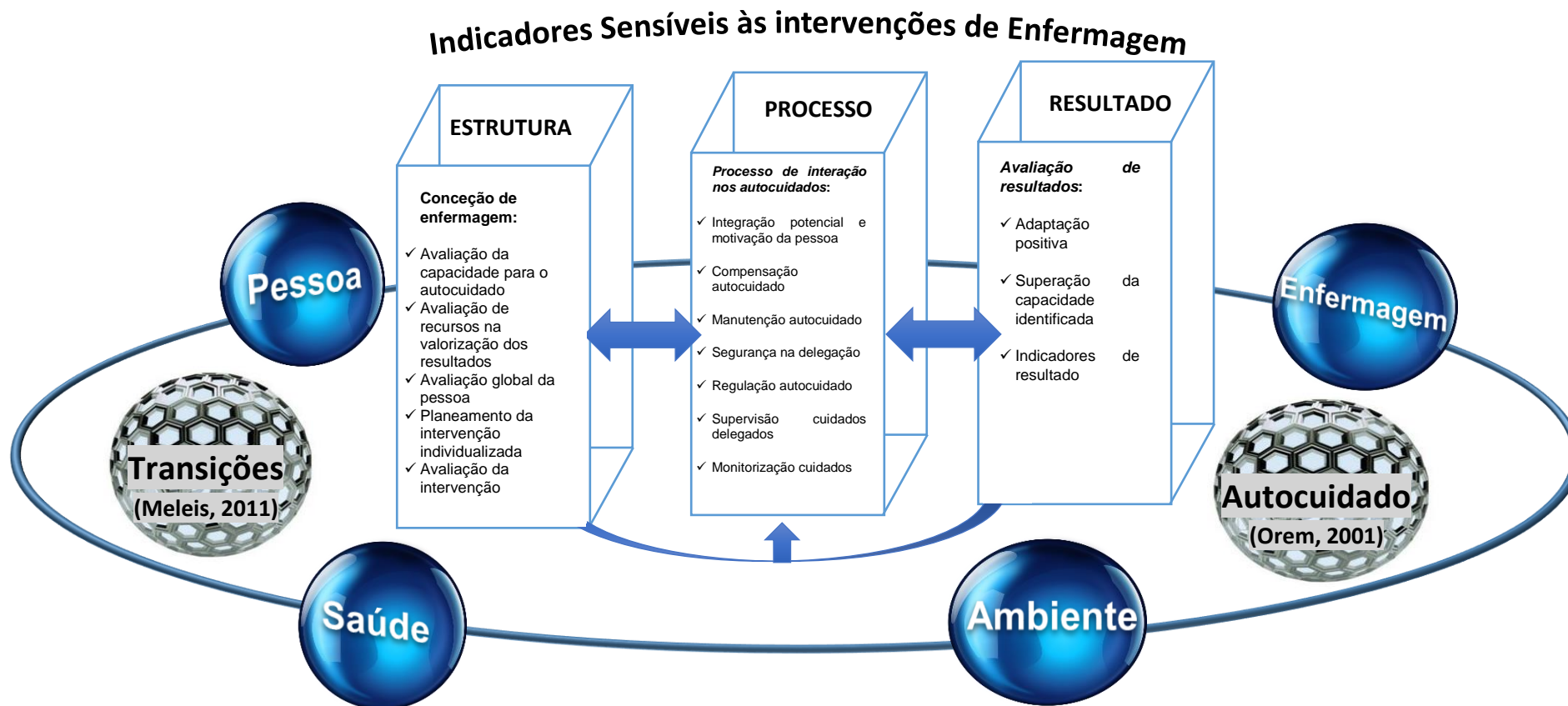
- A *Conceção de enfermagem* isoladamente (53,1%) e em associação com a *Avaliação de resultados* (57,5%), obtém uma relação estatisticamente significativa com o *Processo de interação nos autocuidados*.

- *Processo de interação nos autocuidados* assume uma relação significativa com a *Conceção de enfermagem* (52,1%) e ainda com a *Avaliação de resultados* (21,6%).

- A *Avaliação de resultados* adota uma relação significativa com o *Processo de interação nos autocuidados* (21,6%).

Pelo exposto, este modelo se aplicado na clínica, permitirá uma avaliação da efetividade das intervenções, na relação entre os resultados propostos e os resultados conseguidos (Azzolin, 2011), sendo que neste enquadramento identificámos indicadores empíricos, que se agrupam em três categorias: os que evidenciam a estrutura (*Conceção de enfermagem*), os que refletem o processo (*Processo de interação nos autocuidados*) e os que traduzem os resultados (*Avaliação de resultados*), como apresentamos na figura 13.

Figura 13 – Modelo da qualidade e efetividade de cuidados em contexto de RNCCI



Indicadores

Assumindo a perspetiva do modelo proposto, é notória a possibilidade de sistematizarmos indicadores de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem nestes contextos que, na perspetiva dos enfermeiros participantes, não se encontram apenas fidelizados à variável de resultados (*Avaliação de resultados*) podendo sim ser identificados na estrutura (*Conceção de enfermagem*) e no processo (*Processo de interação nos autocuidados*). Tais premissas permitem evidenciar o que os enfermeiros consideram fazer para garantir a qualidade de cuidados às pessoas nos contextos estudados, procurando identificar o contributo único, mas não isolado da enfermagem no seio de uma equipa multidisciplinar (Doran, 2011; Januário, 2013).

Partindo dos fatores associados às variáveis (estrutura, processo e resultado), chegamos assim a indicadores de qualidade tradutores de resultados sensíveis, assim como critérios de medida dos mesmos.

Segundo as etapas de construção de indicadores (Martins & Marini, 2010), centramo-nos na primeira e segunda etapas sendo estas definidas como o que medir e como medir. Neste sentido identificamos as áreas de eleição, definimos os indicadores e construímos as fórmulas subjacentes aos mesmos.

Para cada conjunto de indicadores (Anexo 15), enfatizamos a perspetiva teórica que lhe está subjacente e a sua capacidade de transferibilidade para o contexto, demonstrando a congruência estatística dos mesmos pelos valores obtidos aquando da análise fatorial, apresentando em anexo (Anexo 16) as fórmulas que construímos no sentido da operacionalização dos indicadores definidos.

No que se refere à variável de estrutura (***Conceção de enfermagem***), partimos da perspetiva teórica em torno do diagnóstico das necessidades das pessoas, apreciação, planeamento e avaliação final; constatamos pela análise fatorial que a mesma seria explicada por um conjunto de fatores que nos permitiram sistematizar como indicadores de avaliação da *Conceção de enfermagem* nestes contextos:

- *Avaliação da capacidade para o autocuidado*

- *Avaliação de recursos na valorização de resultados*
- *Avaliação global da pessoa*
- *Planeamento da intervenção individualizada*
- *Avaliação da intervenção*

A avaliação da capacidade para o autocuidado, é concetualmente definida pela identificação da forma como as pessoas aceitam e se adaptam positivamente às suas adversidades de saúde, procurando valorizar a integração da pessoa/família no desenvolvimento das intervenções de enfermagem, valorizadas enquanto agentes de autocuidado (Orem, 2001). Neste sentido, consideramos assumir como critérios para medir este indicador *o estabelecimento de parceria com a pessoa/família* (0,79), *o nível de parceria estabelecido com a pessoa/família* (0,74) e *a mobilização de estratégias da pessoa/família* (0,71), dando como exemplo a fórmula relativa ao primeiro critério enumerado (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Estabelecimento de parceria com a pessoa/família</i>	$\frac{\text{Nº situações que atingiram resultado esperado de parceria pessoa/família com intervenções documentadas num dado período de tempo}}{\text{Nº situações com potencial de parceria pessoa/família no mesmo período de tempo}} \times 100$

Quanto à **avaliação de recursos na valorização de resultados**, esta denota uma perspetiva concetual dos enfermeiros participantes para considerar efeitos e resultados, (Orem, 2001) o que remete simultaneamente para a avaliação do potencial da pessoa/família face aos processos de transição (Meleis, 2011) e nos permite afirmar a possibilidade de medir este indicador através da *identificação de problemas potenciais* (0,71), do *reconhecimento de problemas reais* (0,71) e da *utilização de instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais* (0,70).

Tal perspetiva vai ao encontro da premissa de que “(...) o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados” (Regulamento nº 190/ 2015 da Ordem dos

Enfermeiros, 2015), pelo que exemplificamos com um dos indicadores desta dimensão (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Identificação de problemas potenciais</i>	$\frac{\text{Nº situações com avaliações de problemas potenciais documentadas num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas no mesmo período de tempo}} \times 100$

O **indicador de avaliação global da pessoa**, traduz uma perspetiva concetual de apreciação global da pessoa, numa vertente integral (Orem, 2001), avaliando as suas necessidades de forma sistematizada e organizada, indispensáveis à tomada de decisão para o planeamento da intervenção, no sentido de dar resposta aos requisitos de autocuidado e definir o âmbito da responsabilidade do enfermeiro perante as necessidades da pessoa. Tais premissas conduzem-nos a poder assumir como critérios de medida a *transversalidade para a recolha de dados* (0,77), a *revisão da informação* (0,74) e a *decisão sobre a área de atenção identificada* (0,73).

Consideramos que o processo de enfermagem emerge assim para os participantes no estudo como um método sistemático de organizar o pensamento para a tomada de decisão clínica e para a resolução de problemas ao planear e prestar cuidados às pessoas, exemplificando com uma das fórmulas por nós adotadas (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Decisão sobre a área de atenção identificada</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com diagnósticos de enfermagem documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas no mesmo período de tempo}} \times 100$

Quanto ao indicador relativo ao **planeamento da intervenção individualizada**, este assume-se concetualmente enraizado na promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano (Orem, 2001) e na individualização/ singularidade da pessoa, pelo que assumimos como critérios de medida a *avaliação das capacidades da pessoa* (0,74) e a *avaliação do nível de motivação da pessoa* (0,60), ilustrando com uma das fórmulas (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Avaliação das capacidades da pessoa</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com avaliação das capacidades de AV documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas no mesmo período de tempo}} \times 100$

O indicador ***avaliação da intervenção***, traduz uma perspetiva concetual da avaliação dos resultados das intervenções desenvolvidas e centra-se na valorização dos efeitos e resultados (Orem, 2001), pelo que assumimos como critérios de medida a *comparação entre os objetivos propostos e os resultados* (0,77), a *possibilidade de replaneamento da intervenção* (0,69) e a *efetividade do planeamento* (0,63), exemplificando com uma das fórmulas (Anexo 16).

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Comparação entre os objetivos propostos e os resultados</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com relação efetiva de objetivos propostos e resultados documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas no mesmo período de tempo}} \times 100$

Relativamente à variável de processo (***Processo de interação nos autocuidados***), partimos da perspetiva teórica em torno dos diferentes autocuidados e outros focos de atenção nestes contextos (como a dor e as úlceras por pressão); a análise fatorial permitiu-nos constatar que o processo é explicado por um conjunto de fatores que nos conduziram a sistematizar como indicadores de avaliação nestes contextos:

- *Integração do potencial e motivação da pessoa*
- *Compensação do autocuidado*
- *Manutenção do autocuidado*
- *Regulação do autocuidado*
- *Segurança na delegação dos cuidados*
- *Supervisão dos cuidados delegados*
- *Monitorização dos cuidados*

A avaliação da ***integração do potencial e motivação da pessoa***, remete-nos teoricamente para a relevância do processo de conscientização da pessoa, enquanto requisito para o autocuidado por desvio de saúde (Orem, 2001), neste contexto focalizado ao fenómeno dor; traduz ainda o pressuposto de que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver as habilidades intelectuais e

práticas, além da motivação essencial para o autocuidado (Orem, 2001), pelo que assumimos como critérios de medida a *revisão da informação/contributo das experiências anteriores* (0,74), a *avaliação das estratégias adaptativas para lidar com a dor* (0,73), a *alteração de problemas reais relacionados com a dor* (0,69) e o *nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a dor* (0,68). Ilustramos com uma das fórmulas produzidas (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Revisão da informação/contributo das experiências anteriores</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com mobilização de contributos de experiências anteriores relativas à dor documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas com experiências anteriores de dor internadas no mesmo período de tempo}} \times 100$

Relativamente ao indicador **compensação do autocuidado** este assenta teoricamente na perspetiva de que os requisitos de desvios de saúde incluem alterações advindas de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do cuidado (Orem, 2001). Os enfermeiros prescrevem intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, que neste contexto se associam aos fenómenos da alimentação e do levante, pelo que apontamos como critérios de avaliação a *alteração de problemas reais relacionados com o levante* (0,72), a *não efetivação de problemas potenciais no âmbito da alimentação* (0,69), a *intervenção face a problemas reais no âmbito do levante* (0,66), a *alteração de problemas reais relacionados com a alimentação* (0,66) e a *intervenção face a problemas reais no âmbito da alimentação* (0,61). Exemplificamos com a fórmula relativa ao primeiro critério enumerado (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Alteração de problemas reais relacionados com o levante</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com resolução de problemas reais relacionados com o levante documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com problemas reais relacionados com o levante no mesmo período de tempo}} \times 100$

O indicador **manutenção de autocuidado** expressa a perspetiva teórica de que o enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado, face às necessidades de manutenção no âmbito da ingestão de água e alimentos e da provisão de cuidados associados com os

processos de eliminação (Orem, 2001). Tais premissas conduzem-nos a assumir como critérios de medida a *avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar de forma independente* (0,70), a *recolha da informação sobre hábitos de eliminar da pessoa* (0,68) e a *avaliação da capacidade da pessoa para eliminar de forma independente* (0,63), exemplificando com uma das fórmulas (Anexo 16).

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Avaliação da capacidade da pessoa para se alimentar de forma independente</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com capacidade para se alimentar de forma independente num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com foco no âmbito da alimentação no mesmo período de tempo}} \times 100$

O indicador relativo à ***segurança na delegação dos cuidados*** aponta para uma perspetiva teórica de autocuidado numa parceria entre a pessoa e profissional na qual os problemas são identificados e determinam as ações e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001), indo ao encontro de uma relação terapêutica, que neste âmbito se focaliza no respeito pelas suas capacidades face às necessidades de realização de medidas reabilitativas. Identificamos assim como indicadores de critério a *avaliação da possibilidade de delegação/supervisão* (0,70), a *avaliação da qualidade dos cuidados delegados no levante* (0,66), o *nível de impacto das capacidades da pessoa no resultado* (0,63) e a *avaliação da possibilidade de delegação/supervisão na alimentação* (0,62), exemplificando a fórmula relativo ao primeiro critério referido em epígrafe (Anexo 16).

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Avaliação da possibilidade de delegação/supervisão</i>	$\frac{\text{Nº pessoas internadas com avaliação da possibilidade de delegação/supervisão num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com potencial para delegação/supervisão no mesmo período de tempo}} \times 100$

O indicador ***regulação do autocuidado*** vai ao encontro da perspetiva de Orem (2001) que propõe três momentos para implementar o cuidado à pessoa, um dos quais pressupõe que a continuidade do mesmo seja mantida com a ajuda dos membros da família ou responsáveis; neste âmbito os cuidados associam-se aos processos de desenvolvimento relativos ao evento eliminação. Neste sentido, assumimos como critérios de medida o *nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a eliminação* (0,70), as *estratégias da pessoa/família para lidar com os problemas relacionados com a eliminação* (0,64) e a *intervenção*

face a problemas reais no âmbito de eliminar (0,63), ilustrando com o seguinte exemplo (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Nível de impacto da motivação da pessoa no resultado relacionado com a eliminação</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com avaliação do impacto da sua motivação nos resultados obtidos relacionados com a eliminação num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com alterações na eliminação no mesmo período de tempo}} \times 100$

No mesmo sentido teórico do que referimos anteriormente, agora enfatizando os processos de desenvolvimento associados aos eventos dor e UPP, definimos como critérios de medida relativos à **supervisão dos cuidados delegados** a *avaliação da qualidade dos cuidados delegados à pessoa com UPP* (0,81), a *avaliação a possibilidade de delegação/supervisão nos cuidados à pessoa com UPP* (0,75), a *validação da qualidade dos cuidados delegados no âmbito da dor* (0,71) e a *avaliação da possibilidade de delegação/supervisão no âmbito da dor* (0,68), exemplificando com a seguinte fórmula (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Avaliação da qualidade dos cuidados delegados à pessoa com UPP</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com avaliação da qualidade dos cuidados delegados no âmbito da UPP num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com potencial para delegação/supervisão no âmbito da UPP no mesmo período de tempo}} \times 100$

Ainda com enfoque no evento UPP, no âmbito do indicador **monitorização dos cuidados**, assumimos como critérios de medida a *avaliação das estratégias adaptativas da pessoa/família relacionadas com a UPP* (0,63) e a *revisão da informação/ contributo das experiências anteriores* (0,63), ilustrando com o primeiro critério (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Avaliação das estratégias adaptativas da pessoa/família relacionadas com a UPP</i>	$\frac{\text{Nº pessoas/família com mobilização de estratégias para lidar com os problemas relacionados com a UPP num dado período de tempo}}{\text{Nº total de pessoas internadas com problemas relacionados com a UPP no mesmo período de tempo}} \times 100$

Consideramos que os indicadores definidos permitem, na perspetiva dos enfermeiros participantes, traduzir resultados na interação com as pessoas nos processos de autocuidados nestes contextos.

No que diz respeito à variável de resultados (**Avaliação de resultados**), partimos da perspetiva dos enfermeiros face à frequência da valorização de diferentes indicadores para avaliar os resultados da sua intervenção com as pessoas nas unidades; através da análise fatorial, foi possível constatar que a *Avaliação de resultados* seria explicada por um conjunto de fatores que nos conduziram a sistematizar como indicadores de avaliação nestes contextos:

- *Adaptação positiva*
- *Superação da capacidade identificada*
- *Indicadores de resultados*

Relativamente ao indicador de **adaptação positiva**, este traduz uma perspetiva teórica que enfatiza a avaliação da aprendizagem e desenvolvimento de aptidões da pessoa, valorizando como resultado a sua capacidade de aceitação e adaptação positiva às suas adversidades de saúde, decorrente dos métodos de ajuda (Orem, 2001). Assumimos neste sentido como critério de medida os *ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no autocuidado* (0,84), *ganhos em capacidade do prestador de cuidados para assistir no autocuidado* (0,83) e *ganhos sobre estratégias adaptativas para o autocuidado* (0,78), exemplificando com a seguinte fórmula (Anexo 16).

INDICADOR	FÓRMULA
<i>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no autocuidado</i>	$\frac{\text{Nº prestadores de cuidados com ganhos em conhecimento sobre assistir no autocuidado documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº prestadores de cuidados com défice em conhecimento sobre assistir no autocuidado no mesmo período de tempo}} \times 100$

No que se refere ao **indicador superação da capacidade identificada**, o mesmo traduz a perspetiva de que, de entre os resultados observáveis na pessoa, destaca-se a sua capacidade para aprender a viver e conviver com as suas adversidades de saúde, promovendo o desenvolvimento pessoal de forma sistemática (Orem, 2001) o que também parece apontar para duas das áreas dos resultados propostos por Meleis (2011) - *status* funcional e autocuidado. Neste sentido, assumimos como critérios de medida os *ganhos ao nível funcional* (0,88), os *ganhos em independência* (0,84), e os *ganhos na utilização de estratégias*

adaptativas (0,75), relativamente à reabilitação da pessoa, dos quais exemplificamos (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA	
<i>Ganhos ao nível funcional</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com ganhos ao nível funcional documentados num dado período de tempo}}{\text{Nº pessoas com potencial a nível funcional no mesmo período de tempo}}$	X100

O indicador ***indicadores de resultados***, enquadra-se na perspetiva de Meleis (2011) que aponta a mestria como indicador de que se efetuou uma transição, sendo esta determinada a partir do momento da aquisição de conhecimentos e habilidades necessários para lidar com novas circunstâncias. A reformulação da identidade é referida também enquanto indicador de resultado sendo caracterizada pela reformulação e integração que a pessoa faz ao contexto pela articulação entre antigos e novos papéis ou situações face à transição. Assim assumimos enquanto critérios de medida deste indicador a *modificação no estado de um diagnóstico de enfermagem* (0,83), a *identificação de mudanças atribuíveis à sua intervenção* (0,76) e *modificações centradas na aprendizagem da pessoa para lidar com o seu autocuidado* (0,70), ilustrando com a seguinte fórmula (Anexo 16):

INDICADOR	FÓRMULA	
<i>Modificação no estado de um diagnóstico de Enfermagem</i>	$\frac{\text{Nº pessoas com modificação positiva no estado de um diagnóstico de Enfermagem documentada num dado período de tempo}}{\text{Nº pessoas com modificação no estado de um diagnóstico de Enfermagem no mesmo período de tempo}}$	X100

8 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo teve como preocupação eminente os resultados sensíveis decorrentes das intervenções dos enfermeiros em contextos da RNCCI, essencialmente na compreensão da sua relação face aos resultados obtidos na recuperação ou reabilitação da pessoa.

Considerando a emergência de novos contextos de cuidados, pareceu-nos importante compreender quais os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem com a pessoa idosa nestes contextos. Tendo em conta que os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem se relacionam e derivam diretamente das intervenções de enfermagem desenvolvidas com as pessoas, sendo indicadores da resolução de problemas, ou do progresso efetuado no sentido da reabilitação da pessoa em situação de dependência, tivemos como objetivo identificar o potencial destas intervenções, como resposta às necessidades da pessoa idosa. Pretendíamos ainda sistematizar indicadores de ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem à pessoa idosa em contextos da RNCCI. Assim e tendo como ponto de partida estas premissas é com base nos objetivos delineados que refletimos nos resultados obtidos, sintetizando as conclusões.

Partimos de um modelo de pesquisa suportado teórico conceptualmente para validar algumas proposições e avaliar as relações entre as dimensões de estrutura, de processo e de resultado, relacionadas com o objetivo do estudo que se pretendia desenvolver (Seabra, 2014).

A fiabilidade das medições e a consistência interna dos dados que obtivemos permitiu-nos evoluir para procedimentos estatísticos que possibilitaram atingir os objetivos definidos e assegurar a validade interna das conclusões a partir desses dados. Assim, podemos referir como conclusões face às hipóteses confirmadas que, em média:

- uma melhor *Conceção de enfermagem* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados*.

- um melhor desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Avaliação de resultados*;
- uma melhor *Avaliação dos resultados* conduz a um melhor *Processo de interação nos autocuidados*;
- um melhor *Processo de interação nos autocuidados* conduz a uma melhor *Conceção de enfermagem*;
- uma melhor *Conceção de enfermagem* e uma melhor *Avaliação de resultados*, conduzem a um melhor desenvolvimento do *Processo de interação nos autocuidados*.

Considera-se como contributo importante do estudo a inter-relação dos componentes estrutura, processo e resultado na definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, assim como na objetividade dos ganhos em saúde das pessoas em situação de dependência em contextos de internamento da RNCCI. Desta forma compreendem-se os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem contextualizados tendo em conta as diferentes dimensões do *novo* modelo, evidenciando-se a intervenção autónoma do enfermeiro neste âmbito.

O modelo proposto - *Modelo da qualidade e efetividade de cuidados em contexto de RNCCI* dá resposta ao potencial das intervenções de enfermagem permitindo-nos entender a obtenção de resultados sensíveis partindo da sua operacionalização, assim como compreender a sua definição enraizada numa *Conceção de enfermagem* onde a metodologia científica do processo de enfermagem é determinante.

No seguimento da investigação desenvolvida descrevemos algumas implicações decorrentes deste estudo para a clínica, gestão, investigação e formação.

O *Modelo da qualidade e efetividade de cuidados em contexto de RNCCI*, a vir ser confirmado na **clínica**, pode eventualmente ser promotor de uma maior sustentabilidade operacional e maior visibilidade da intervenção de enfermagem na RNCCI. Poderá vir assim a constituir-se numa oportunidade a introduzir na organização e avaliação da qualidade dos cuidados dos cuidados, evidenciando o contributo efetivo dos enfermeiros neste âmbito. Esta evidência poderá contribuir para a manutenção e reforço do trabalho em rede com equipas multiprofissionais e

ainda para a concretização de projetos em parceria com enfermeiros de diferentes unidades de cuidados continuados.

Os dados levam-nos a propor sugestões na área de **gestão** enquanto mais valia para a valorização de indicadores de monitorização da efetividade das intervenções de enfermagem na produção de resultados sensíveis, valorizando o papel do enfermeiro como gestor de cuidados, atendendo à inexistência de estudos em Portugal, sobre a efetividade das intervenções de enfermagem em contextos da RNCCI.

A nossa opção pela adequação do *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) permitiu-nos evidenciar a relação dos resultados com fatores estruturais e de processo. As variáveis estruturais (*Conceção de enfermagem*) influenciam as decisões acerca dos cuidados (*Processo de interação nos autocuidados*) e a obtenção de resultados (*Avaliação de resultados*) num processo de interação e gestão dos mesmos.

A análise desta relação entre variáveis de estrutura, processo e resultado, possibilitou uma visão sobre a efetividade das intervenções de enfermagem e a identificação de um conjunto de indicadores de resultados, que poderão vir a contribuir para melhor planeamento dos cuidados de enfermagem.

Como contributos para a **investigação** consideramos que emerge a necessidade de validação dos indicadores identificados, na clínica, bem como continuidade de estudos nesta área, comprovando as vantagens percebidas com o modelo apresentado.

Relativamente à **formação**, consideramos a necessidade de aprofundar a abordagem à importância da sistematização de indicadores de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, nos curricula de formação graduada e pós-graduada.

Para a formação ao nível do 1º ciclo, sugerimos o aprofundar a nível curricular da importância da sistematização de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em cuidados continuados.

Como limitação dos resultados do estudo podemos referenciar o facto da constituição dos contextos da RNCCI ser relativamente recente e a maioria dos enfermeiros que aí desenvolvem a sua atividade profissional serem recém-licenciados. Outra das limitações dos resultados poderá relacionar-se com a

indisponibilidade de dois contextos de internamento da área geográfica em estudo, não podendo demonstrar assim a totalidade da percepção dos enfermeiros desta área. Ainda a inexistência de estudos comparativos assim como evidência científica relativa a estes contextos da RNCCI se constitui como limitação que se poderá transformar numa oportunidade enquanto desenvolvimento do conhecimento científico nesta área da intervenção de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaker, D., Kumar, V., Leone, R., & Day, G. (2013). *Marketing research* (11th ed.). New York: John Wiley.
- Abdellah, F. (Março de 1972). Evolution of nursing as a profession. Perspective on manpower development. *International nursing review*, 19, pp. 219-238.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Monitorização mensal da RNCCI - semestre 2015*. Lisboa. Obtido de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/07/Indicadores-Mensais_setembro-2015.pdf
- Alfaro-Lefevre, R. (2014). *Aplicação do Processo de Enfermagem - fundamentos para o raciocínio clínico* (8ª ed.). Artmed Editora.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Amado, J. (nov de 2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, pp. 53-63.
- Amendoeira, J. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, 2 (35/36), pp. 13-22.
- Amendoeira, J. (jul de 2006). Enfermagem. Disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*, 67, pp. 17-29.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau.
- American Nurses Association. (2010). *Scope and standards of practice - Nursing* (2nd ed.). Silver Spring: Nursing standards. Obtido de <http://www.nursesbooks.org/ebooks/download/NursingScopeStandards.pdf>
- Arslanian-Engoren, C., Hicks, F., Whall, A., & Algase, D. (2005). An Ontological View of Advanced Practice Nursing. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(4), pp. 315-322.
- Azzolin, O. (2011). *Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem*. Doutorado em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Stewart, K. (2001). *Focus groups in social research. Introducing qualitative methods series*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4 th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Joanne, D. (2010). *NIC - Classificação das intervenções de enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Mosby/Elsevier.
- Carper, B. (1997). Fundamental patterns of knowing in nursing. Em L. Nicole, *Perspectives on Nursing Theory* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Carroll, V. (oct-dec de 2005). Is patient safety synonymous with quality nursing care? Should it be? A brief discourse. *Quality Management in Health Care*, 14(4), pp. 229-233. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16227871>
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Nursing Research Methodology - Issues and Implementation*. New York: Aspen Publication.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. L. (2008). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (6th ed. ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Creswell, J. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publishing.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed Bookman.
- Creswell, J., Clark, V., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. Em A. Tashakkori, & C. Teddlie, *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Decreto -Lei nº 101/ 06 do Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados. *Diário da República, I série. Nº 109 (06-06-2006)*, pp. 3856-3865.
- Decreto -Lei nº 104/ 98 de 21 abril. (1998). Faz a revisão do Regulamento do Exercício Profissional (REPE). *Isérie-A. Nº 93 (21-04-1998)*, pp. 1739-1757.
- Decreto Lei nº 161/ 96 do Ministério da Saúde. (1996). Regulamenta o exercício profissional de enfermagem. *I Série-A. Nº 205 (04-09-1996)*, pp. 2959-2962.
- Donabedian, A. (nov de 1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18(11), pp. 356-360. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=1465293>

- Donabedian, A. (oct de 1996). The Effectiveness of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), pp. 401-407. Obtido de <https://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/8/4/401.full.pdf>
- Donabedian, A. (Dec de 2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2 nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Leaning.
- Doran, D., Harrison, M., L. H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . C. L. (feb de 2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in nursing & health*, 29(1), pp. 61-70.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . Tourangeau, A. (mar-apr de 2006). Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings. *Nursing Research*, 55(2 suppl), pp. 75-81.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (Apr. de 2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895528>
- Elo, S., & Kyngas, H. (april de 2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), pp. 107-115.
- Ferreira, M. (2014). *Resultados Sensíveis em enfermagem: Avaliação da qualidade dos cuidados (Tese de doutoramento)*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (jan de 2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista da UIIPS*, 3(5), pp. 396-407.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Freeman, T. (december de 2006). "Best Practice" in Focus Group Research: Making Sense of Different Views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), pp. 491-498. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x
- Freixo, M. J. (2013). *Metodologia científica - Fundamentos, métodos e técnicas* (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de educação*, 5 (5), pp. 173-184.

- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Giovinazzo, R. (out/dez de 2001). Focus Group em Pesquisa Qualitativa – Fundamentos e Reflexões. *Administração On Line: prática, pesquisa, ensino*, 2(4). Obtido em 20 de dez de 2014, de http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm
- Gomes, J., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. Em F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (1ª ed.). Viseu: PsicoSoma.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed ed.). St. Loius: Elsevier/Saunders.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (fev de 2006). How Many Interviews Are Enough? - An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, pp. 59-82.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Andreson, R. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hall, L., Doran, D., & Pink, G. (january de 2004). Nurse staffing models, nursing hours, andpatient safety outcomes. *JONA*, 3, pp. 41-45.
- Henderson, V. (1966). *The nature of Nursing: a definition and its implications for practice research and education*. New York: McMillan Publishing.
- Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2ª - 5ª reimpressão ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- ICN. (2002). *CIPE/ ICNP - Classificação internacional para a prática de enfermagem, versão Beta2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Iezzolini, L. (2012). *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes* (Fourth Edition ed.). Chicago: Health Administration Press.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16(2), pp. 58-64.
- Ivanoff, S., & Hultberg, J. (Jun de 2006). Understanding the multiple realities of everyday. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), pp. 125-132. doi:10.1080/11038120600691082
- Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra)*. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23246>

- Joseph, A. (jan-fev de 2007). The impact of nursing on patient and organizacional. *Nursing economics*, 25(1), pp. 30-34.
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 ed.). Montréal: Chenelière Education.
- Keuter, K., Bryne, E., Voell, J., & Larson, E. (jan de 2000). Nurse's job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research*, 13, pp. 46-49.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J., & Doran, D. (jan de 2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal Advanced Nursing*, 69 (1). doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06046.x
- Kitzinger, J. (2013). Using focus groups to understand experiences of health and illness. Em S. Ziebland, A. Coulter, J. Calabrese, & L. Locock, *Understanding and using Health* (pp. 49-59). Oxford: Oxford University Press.
- Kramer, M. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51, pp. 13-19.
- Krueger, R., & Casey, M. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Kutz, D., Shankar, K., & Connelly, k. (May de 2013). Making Sense of Mobile- and Web-Based Wellness Information Technology: Cross-Generational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15. doi: 10,2196 / jmir.2124
- Laureanao, R. (2013). *Teste de hipóteses com SPSS - O meu manual de consulta rápida* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M., & Kiers, H. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), pp. 340-364.
- Loureiro, L., Ferreira, R., & Fernandes, I. (2010). Inventário de comportamentos de cuidar. *Revista de investigação em enfermagem*, 1(21), pp. 18-27.
- Macnee, C. L., & McCabe, S. (2008). *Understanding nursing research : Reading and using research in evidence-based practice* (2 nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Malanowski, N., Ozcivelek, R., & Cabrera, M. (2008). *Active Ageing and independent living services: The role of information and Communication Technology*. European Commission , Joint Research Centre - Institute for Prospective Technological Studies. Luxemburgo: European Communities.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, H., & Marini, C. (2010). *Um guia de governança para resultados na administração pública*. Brasília - DF: Publix editora.

- McParland, J., & Flowers, P. (sep de 2012). Nine lessons and recommendations from the conduct of focus group research in chronic pain samples. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), pp. 492-504.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (nov/dec de 1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., IM, L., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-18.
- Ministério da Saúde. (2015). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados De Saúde - 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M., & Swanson, E. (2010). *NOC - Classificação dos resultados de enfermagem* (4^a ed.). Rio Janeiro: Elsevier.
- Moreira, J. (2009). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Morgan, D. (1993). *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.
- Morgan, D., & Krueger, R. (1993). When to use focus group and why. Em D. Morgan, *Focus Groups - Advancing the state of the art* (pp. 3-19). London: Sage Publications.
- NANDA. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA - definição e classificação 2015-2017* (10^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Neves, M. A. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar enfermagem*, 6 (2), pp. 25-34.
- OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (1^a ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Obtido de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Documento de Trabalho)*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>

- Ordem dos enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do enfermeiros*. Lisboa: Conselho de enfermagem. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. (M. Rodrigo, Trad.) Barcelona: Masson-Salvat Enfermaría.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, J. (2004). *Análise de dados qualitativos - Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Descobrimos a regressão - Com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. (jan de 2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, pp. 35-43.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ª ed.). Formasau.
- Polit, F., Beck, T., & Hungler, B. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria nº 174/ 2014 dos Ministérios das finanças, da saúde e da solidariedade, emprego e segurança social. (2014). Introduce aperfeiçoamentos no que respeita às condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e define as relativas às unidades de ambulatório da RNCCI. *Diário da República, I Série. Nº 174 (10-09-2014)*, pp. 4865-4882.
- Potaka, L., & Cochrane, S. (2004). Developing Bilingual Questionnaires: Experiences from New Zealand in the development of the 2001 Maori language survey. *Journal of Official*, 20(2), pp. 289-300.
- Powell, D., Price, A., Burns, F., McConnell, E., Hendrix, C., McWhinney- Dehaney, L., & Lombardi, M. (jan-feb de 2012). Pillars for the Care of Older Persons in the Caribbea. *Public Health Nursing*, 29, pp. 80-90. doi:10.1111/j.1525-1446.2011.00963.x
- Queirós, P. (fev de 2010). Autocuidado, transições e bem estar. *Revista de Investigação em enfermagem*, pp. 5-7.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (nov/dez de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de enfermagem referência, SérieIV - nº3*, pp. 157-164.

- Rebar, C. R., Gersch, C. J., Macnee, C. J., & McCabe, S. (2011). *Understanding Nursing Research: Using Research in Evidence - Based Practice* (3ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Regulamento nº 190/ 2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamenta o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Diário da República, II Série. Nº 79 (23-05-2015)*, pp. 10087-10090.
- Reishtein, J. (2005). Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Research in Nursing & Health*, 28(1), pp. 39-47.
- Ribeiro, A. (2005). O percurso de construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 15, pp. 53-60.
- Rosa, M., Amendoeira, J., & Martins, M. (2015a). Do focus Groups à construção de um questionário: um percurso metodológico. *Revista da UIIPS*, 3 (5), pp. 270-281.
- Rosa, M., Amendoeira, J., & Martins, M. (2015b). Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem: das intervenções aos ganhos em saúde – revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS*, 3(5), pp. 282-294.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre: McGraw-Hills.
- Seabra, P. (2014). *Indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem com pessoas consumidores de drogas (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa)*. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18351>
- Sequeira, C. (Mar. de 2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 12(II Série), pp. 9-16.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45, pp. 1829-1843.
- Souza, N. (Set. de 2012). A relação teoria-prática na formação do educador. *Semina*, 22(1), pp. 5-12. Obtido de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3868>
- Stewart, D., & Shamdasani, P. (2015). *Focus Groups - Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sundstrom, E., De Meuse, K., & Futrell, D. (1990). Work teams: applications and effectiveness. *American psychologist*, 54, pp. 120-133.
- Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5 ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnico Científicas, Lda.

- Tuckman, B. (2012). *Manual de Investigação em Educação: Metodologia para conceber e realizar o processo de Investigação Científica* (4ª edição atualizada ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Glossário - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. Obtido de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Glossario-da-RNCCI.pdf>
- Wagner, D., & Bear, M. (mar de 2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), pp. 692-701.

ANEXOS

**ANEXO 1 - Autorização para realização do estudo – ex-coordenadora
nacional da RNCCI**

ANEXO 2 – Perfil Biopsicossocial dos clientes

ANEXO 3 – Autorizações para realização do estudo nas unidades

**ANEXO 4 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências
Biomédicas da Universidade do Porto**

ANEXO 5 – Consentimento informado - Questionário

**ANEXO 6 – Questionário aos enfermeiros coordenadores das unidades em
estudo**

ANEXO 7 – Relação das intervenções de enfermagem NIC - CIPE®

ANEXO 8 – Guião orientador da sessão de *focus group*

ANEXO 9 – Consentimento informado – *Focus Group*

ANEXO 10 – Sentidos atribuídos – Expressões/ palavras agregadoras

ANEXO 11 – Questionário

ANEXO 12 – Não respostas – Estudo preliminar

ANEXOS 13 – Consistência interna e homogeneidade itens da Subescala:
Processo de interação nos autocuidados

ANEXO 14 – Teste t para amostras independentes

**ANEXO 15 – Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de
enfermagem**

ANEXO 16 – Fórmulas dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem